

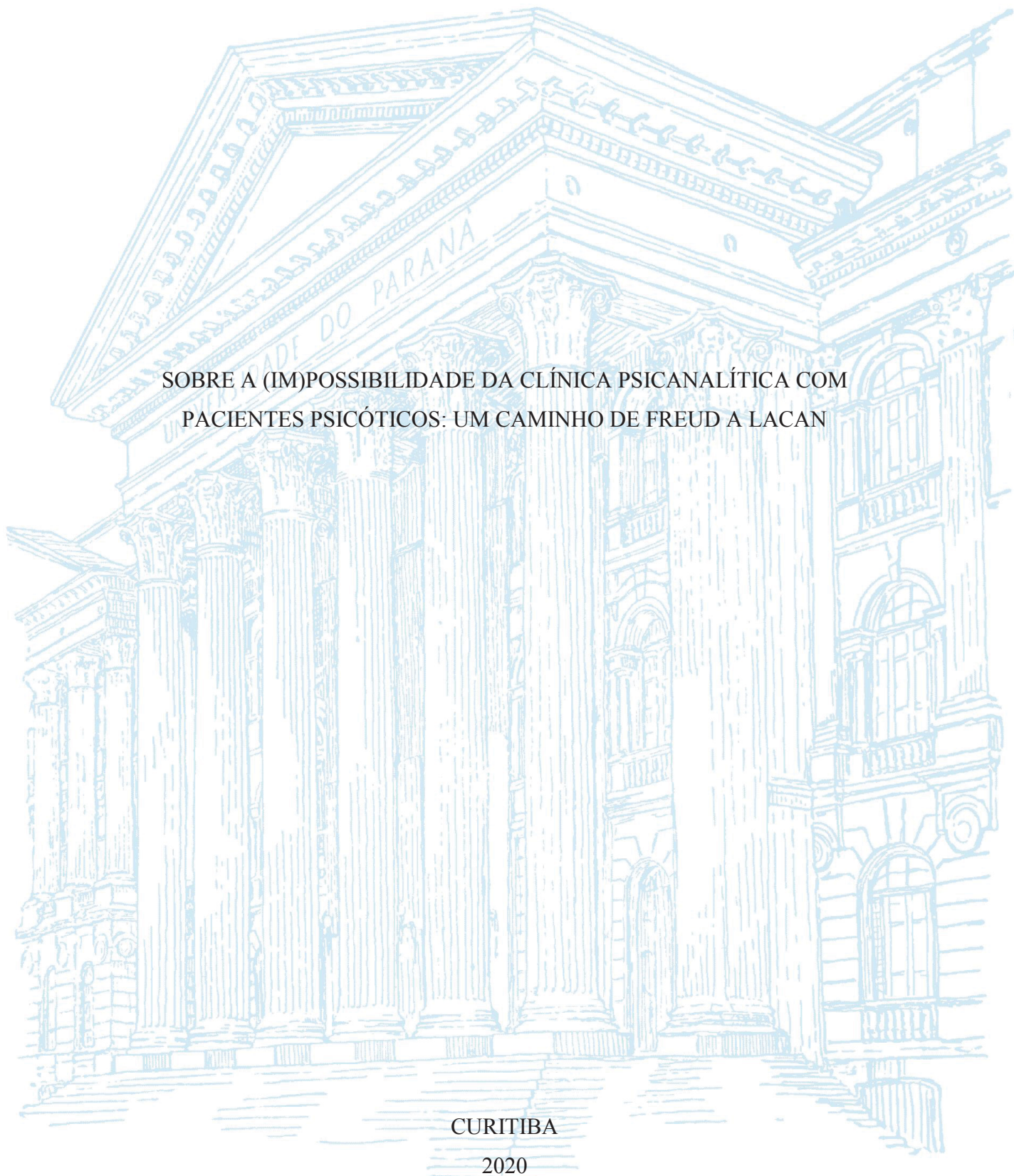
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RAFAEL CAMPOS DORED

SOBRE A (IM)POSSIBILIDADE DA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM
PACIENTES PSICÓTICOS: UM CAMINHO DE FREUD A LACAN

CURITIBA

2020



RAFAEL CAMPOS DORED

SOBRE A (IM)POSSIBILIDADE DA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM
PACIENTES PSICÓTICOS: UM CAMINHO DE FREUD A LACAN

Tese de dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Profª. Drª. Rosane Zétola Lustoza.

CURITIBA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR –
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607

Dored, Rafael Campos

Sobre a (im)possibilidade da clínica psicanalítica com pacientes psicóticos :
um caminho de Freud a Lacan. / Rafael Campos Dored. – Curitiba, 2020.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas da
Universidade Federal do Paraná.

Orientadora : Prof^a. Dr^a. Rosane Zétola Lustoza

1. Psicanálise. 2. Psicoses. 3. Freud, Sigmund, 1856-1939. 4. Lacan,
Jacques, 1901-1981. I. Lustoza, Rosane Zétola, 1973-. II. Título.

CDD – 150.195

ATA Nº219

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE MESTRADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM PSICOLOGIA

No dia quinze de maio de dois mil e vinte às 14:00 horas, na sala por meio de transmissão ao vivo pela plataforma digital Rede Nacional de Pesquisa (RNP), conforme determinações da Portaria nº36/2020 da CAPES, das Portarias nº754/2020 e nº905/2020 da UFPR e das recomendações da Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da UFPR (PRPPG), foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de dissertação do mestrando **RAFAEL CAMPOS DORED**, intitulada: **Sobre a (im)possibilidade da clínica psicanalítica com psicóticos: um caminho de Freud a Lacan**, sob orientação da Profa. Dra. ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), DEBORA PATRICIA NEMER PINHEIRO (UNIVERSIDADE POSITIVO), NOHEMÍ IBÁNEZ BROWN (ESCOLA BRASILEIRA DE PSICANÁLISE). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela APROVAÇÃO. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de mestre está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

CURITIBA, 15 de Maio de 2020.

Assinatura Eletrônica

15/05/2020 17:43:49.0

ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

15/05/2020 18:41:24.0

DEBORA PATRICIA NEMER PINHEIRO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE POSITIVO)

Assinatura Eletrônica

15/05/2020 18:19:25.0

NOHEMÍ IBÁNEZ BROWN

Avaliador Externo (ESCOLA BRASILEIRA DE PSICANÁLISE)

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **RAFAEL CAMPOS DORED** intitulada: **Sobre a (im)possibilidade da clínica psicanalítica com psicóticos: um caminho de Freud a Lacan**, sob orientação da Profa. Dra. ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 15 de Maio de 2020.

Assinatura Eletrônica

15/05/2020 17:43:49.0

ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

15/05/2020 18:41:24.0

DEBORA PATRICIA NEMER PINHEIRO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE POSITIVO)

Assinatura Eletrônica

15/05/2020 18:19:25.0

NOHEMÍ IBÁÑEZ BROWN

Avaliador Externo (ESCOLA BRASILEIRA DE PSICANÁLISE)

RESUMO

Esta pesquisa levanta uma questão sobre a possibilidade da clínica com pacientes psicóticos ao estudar as obras de Freud, Lacan e psicanalistas pós-lacanianos. A investigação foi realizada com o intuito de responder duas perguntas principais: 1) Por que Freud não recomendava a psicanálise para o tratamento de psicóticos; 2) Quais foram os avanços teóricos e clínicos propostos por Lacan para permitir não mais recuar diante da psicose. Para isto foi feita uma ampla revisão bibliográfica de Freud, Lacan e outros psicanalistas contemporâneos. Pôde-se verificar que Freud não considerava o método psicanalítico adequado para tratar dos psicóticos, pois a capacidade transferencial desses pacientes não se aliava com os objetos da análise. Enquanto o parafrênico não conseguia estabelecer um laço transferencial com o analista, a transferência do paranoico sempre tinha prevalência de sua face negativa, de modo que a técnica analítica freudiana baseada na associação livre e na interpretação para decifrar os sintomas inconscientes, não era eficaz com esses pacientes, o que resultava, na maioria dos casos, em um abandono da análise, ou em uma análise sem efeitos. Ao adentrar nos estudos lacanianos, pode-se perceber um intenso trabalho do autor para pensar um manejo possível da psicose. Lacan retomou os ensinamentos freudianos, e se apropriou deles para lançar uma nova perspectiva sobre os fenômenos psicóticos, de que o inconsciente era estruturado com uma linguagem. Diante disto, ele pôde introduzir diversos conceitos e grafos para a compreensão da estrutura psicótica, e inclusive chegou a formular um manejo clínico para estes pacientes, que chamou de secretário do alienado, cuja função seria proporcionar um ambiente de escuta para que o sujeito psicótico pudesse criar alguma possibilidade de estabilização. Com os autores pós lacanianos, pudemos ver outras formas de estabilização além da metáfora delirante, e quais as diferenças entre os fenômenos elementares paranoicos e esquizofrênicos. Concluímos, com isto, que a psicanálise pode sim ser eficaz no tratamento das psicoses, contanto que passe da técnica do deciframento, para criação de uma possibilidade de ciframento.

Palavras-chave: Freud, Lacan, Clínica, Psicose, Transferência.

ABSTRACT

This research raises a question about the possibility of the clinic with psychotic patients when studying the works of Freud, Lacan and post-Lacanian psychoanalysts. The investigation was carried out in order to answer two main questions: 1) Why Freud did not recommend psychoanalysis for the treatment of psychotics; 2) What were the theoretical and clinical advances proposed by Lacan to allow not to retreat in the face of psychosis. For this, a wide bibliographic review of Freud, Lacan and other contemporary psychoanalysts was made. It was possible to verify that Freud did not consider the psychoanalytic method to be appropriate for treating psychotics, as the transference capacity of these patients was not aligned with the objects of analysis. While the paraphrenic was unable to establish a transferential bond with the analyst, the transfer of the paranoids always had a negative face, so the Freudian analytical technique based on free association and interpretation to decipher unconscious symptoms was not effective with these patients which resulted, in most cases, in an abandonment of the analysis, or in an analysis without effects. When entering the Lacanian studies, we could perceive an intense work of the author to think about a possible management for psychotics. Lacan took up Freudian teachings and appropriated them to launch a new perspective on psychotic phenomena, of which the unconscious was structured as a language. In view of this, he was able to introduce several concepts and graphs for the understanding of the psychotic structure, and even came to formulate a clinical management for these patients, which he called the secretary of the alienated, whose function would be to provide a listening environment so that the psychotic subject could create some possibility of stabilization. With the post-Lacanian authors, we could see other forms of stabilization besides the delusional metaphor, and what are the differences between the elementary paranoid and schizophrenic phenomena. We conclude, with this, that psychoanalysis can be effective in the treatment of psychoses, as long as it passes the deciphering technique, to create a possibility of encryption.

Keywords: Freud, Lacan, clinic, psychosis, transference.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 METODOLOGIA DE PESQUISA	7
1.2 OBJETIVO GERAL	8
1.2.1 Objetivos Específicos	8
2 TRANSFERÊNCIA EM FREUD	10
2.1 TRANSFERÊNCIA COMO RESISTÊNCIA	11
2.2 TRANSFERÊNCIA COMO REPETIÇÃO	13
2.3 TRANSFERÊNCIA COMO SUGESTÃO.....	14
2.4 O MANEJO	16
3 PSICOSE EM FREUD	19
3.1 SCHREBER.....	23
3.2 TRANSFERÊNCIA INSUFICIENTE.....	27
3.3 TRANSFERÊNCIA NÃO MANEJÁVEL	31
4 TRANSFERÊNCIA EM LACAN.....	36
4.1 O SUJEITO SUPOSTO SABER.....	36
4.2 O DESEJO DO ANALISTA	41
5 PSICOSE EM LACAN	44
5.1 MOMENTO FECUNDO.....	49
5.2 PARANOIA E ESQUIZOFRENIA.....	54
5.3 PONTO DE BASTA	55
5.4 RETORNO DA LIBIDO	58
5.5 METÁFORA DELIRANTE.....	61
6 FUNÇÃO DO ANALISTA	66
6.1 TRANSFERÊNCIA NA PSICOSE.....	67
6.2 OUTRAS FORMAS DE ESTABILIZAÇÃO	77
7 CONCLUSÃO	82
REFERÊNCIAS	85

1 INTRODUÇÃO

A pergunta deste projeto nasceu de um questionamento teórico e ético: de que maneira a clínica psicanalítica pode contribuir para o tratamento de pacientes psicóticos? A dúvida se instaura quando, a partir dos textos de Freud, depreende-se que ele não recomendava o tratamento analítico para psicóticos alegando que a transferência, no caso destes pacientes, era inexistente ou inadequada ao método psicanalítico. Por outro lado, Lacan avança nos estudos sobre a psicose, sobre a clínica e a transferência, e convida a não recuar diante das psicoses. Frente a essas constatações tão importantes e talvez contraditórias, elaboradas por Freud e Lacan, este projeto tem dois objetivos principais: 1. compreender porque Freud não recomendava a clínica analítica para psicóticos, e 2. definir quais inovações Lacan trouxe para a teoria e clínica psicanalítica, em relação a Freud, que possibilitaram um tratamento para pacientes psicóticos.

Parece consenso na comunidade analítica que Freud não recomendava o tratamento para psicose, porque a capacidade transferencial desses pacientes é ou insuficiente ou reduzida a sua porção negativa. Desde que começou a analisar o caso Schreber (1911), Freud concluiu que os paranoicos tinham uma dificuldade em direcionar sua libido para os objetos do mundo exterior. Foi o início de uma metapsicologia da libido que se expandiu em uma série de textos. No final de suas produções, em 1938 “Esboço de Psicanálise”, novamente Freud afirma que seu método clínico ainda não é adequado para tratar das psicoses, visto que estes pacientes têm uma visão muito desorganizada da realidade e, principalmente, porque a transferência que o psicótico faz com o analista não propicia um engajamento em análise, resultando em um abandono do tratamento ou então em uma análise sem efeitos.

Diante disto, no intuito de compreender o motivo pelo qual Freud não recomendava a psicanálise para pacientes psicóticos, é necessário estudar o conceito de transferência em Freud e, mais precisamente, de que maneira ela se apresenta na clínica com a psicose, visto que este é o motivo que, segundo o autor, impossibilitaria o tratamento.

Por outro lado, passados mais de 100 anos do advento da psicanálise, a afirmação da impossibilidade de atender psicóticos claramente foi revogada. A análise com estes pacientes passou a ser algo cotidiano, cujos relatos geram uma série de estudos publicados e respeitados. O conceito de psicose sofreu uma grande ampliação e foi cada vez mais estudado. Dos estudiosos que pensaram a psicose destaca-se Lacan que, realizando uma

leitura precisa e densa da obra freudiana, somado a sua vasta experiência clínica, pôde retornar a Freud e ir além dele para explicar a estrutura psicótica e vislumbrar alguma forma de clínica que pudesse dar conta de atendê-la. Nesse sentido, o autor trouxe diversos conceitos para o vocabulário psicanalítico, desde o inconsciente estruturado como uma linguagem; real, simbólico, imaginário; nome-do-pai; estruturas psíquicas; sujeito suposto saber; forclusão, entre outros. Dessa forma, Lacan amplia o suporte conceitual e nos convida a não recuar diante da psicose.¹

Essa localização conceitual sobre a possibilidade ou impossibilidade de atender pacientes psicóticos é uma forma de esclarecer pontualmente esta diferença de posicionamentos em relação à clínica da psicose que se evidencia entre Freud e Lacan. Localizar e destacar especificamente este ponto em uma dissertação facilita a compreensão do assunto e parece de grande utilidade acadêmica.

Por conta disso, a contribuição desta dissertação é ao mesmo tempo teórica e ética, porque pretende apresentar e explicar o posicionamento desses dois grandes autores sobre a possibilidade de empregar o método analítico em pacientes psicóticos, com atenção especial para o conceito e manejo da transferência nessas diferentes estruturas.

Sendo assim, este projeto objetiva responder a duas questões: 1) Quais os motivos que levaram Freud a não recomendar a psicanálise como tratamento para psicóticos; 2) Localizar quais os avanços teóricos e clínicos efetuados por Lacan que tornaram possível não recuar frente à psicose.

1.1 METODOLOGIA DE PESQUISA

Mezêncio (2004) propõem tomar a psicanálise como instrumento para pensar a ciência, para refletir sobre a busca por conhecimento que tende a se converter em verdade (objetivo da pesquisa científica). Segundo ela, a psicanálise introduz no campo das verdades científicas a lógica do não-todo, pois revela a impossibilidade de cobrir o real – objetivo da ciência – e diante dessa impossibilidade, o interesse converge, então, pelo saber que o sujeito constrói em torno desse real.

Sendo assim, diante desse real que não pode ser completamente simbolizado, de um real irreduzível, a opção é colocar todas as perguntas:

¹ Cabe ressaltar que somente trabalharemos com a primeira tópica lacaniana, com foco no seminário 3. Isso significa que não abordaremos a clínica dos nós, nem o conceito de sinthoma.

Colocar todas as perguntas é, então, não recuar diante do impossível do real, é contornar o vazio do impossível de dizer. É, também, haver-se com o limite da verdade que é o recalque, isto é, o inconsciente impossível de recuperar todo, uma vez que a verdade em psicanálise só pode ser, por estrutura, meio-dita, e a totalidade uma ilusão. Partindo de todas as perguntas, visa-se a uma operação de singularização, chegar a uma única pergunta. Tal procedimento é característico de um processo de análise e está igualmente presente nas elaborações teóricas freudianas. (MEZÊNCIO, 2004, p.109)

Tendo em vista a impossibilidade de cobrir o real, este trabalho buscou, através de uma ampla revisão de literatura, contornar os conceitos trazido por Freud e Lacan que versam sobre a possibilidade ou impossibilidade de empregar o método analítico para pacientes psicóticos.

1.2 OBJETIVO GERAL

Compreender os motivos pelos quais Freud não recomendou o tratamento analítico para pacientes psicóticos. Além disso, localizar as propostas lacanianas que viabilizaram uma forma de tratamento para estes pacientes.

1.2.1 Objetivos Específicos

A) Compreender como se dá a transferência com pacientes neuróticos e psicóticos na obra freudiana, e porque Freud não recomendava o tratamento analítico para pacientes psicóticos.

B) Identificar, através das obras de Lacan e seus comentadores, as contribuições e avanços lacanianos sobre a transferência em pacientes neuróticos e psicóticos, para justificar de que maneira este autor pôde ir além de Freud e propor a máxima de não recuar diante das psicoses.

C) Esse trabalho de nomeação, identificação e explicação, vai ser permeado por uma tentativa constante em separar paranoia de esquizofrenia, mesmo sabendo que, na prática, os sintomas desses dois tipos clínicos podem se misturar em um mesmo paciente.

Para responder ao primeiro objetivo específico foram estudados uma série de textos freudianos, desde 1900 até 1938, que versam sobre a transferência e sobre a estrutura psicótica, e ainda, como elas se relacionam na clínica. Partimos da “*Interpretação dos Sonhos*” (1900/1990), percorrendo minuciosamente o texto “*A dinâmica da transferência*” (1912/1996). Nos apoiamos constantemente no *Caso Schreber* (1911/1996) seguindo o raciocínio de Freud até “*Introdução ao Narcisismo*”

(1914/1996). Em seguida trouxemos conceitos importantes sobre a transferência em “*Conferência introdutórias sobre a psicanálise parte III*” (1916/1996), para cair na metapsicologia com “*O Inconsciente*” (1915/1996), sem deixar de notar a importância de “*Além do princípio do prazer*” (1920/1998), e encerrando a passagem freudiana com trechos de uma de suas últimas obras “*Esboço de psicanálise*” (1938/1998).

Para tratar do segundo objetivo, sobre as ampliações conceituais e clínicas trazidas por Lacan no que diz respeito à psicose e sua possibilidade clínica, partimos de “*O seminário, livro 3 as psicoses*” (1955-56), juntamente com seu contemporâneo nos Escritos “*De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicoses*” (1955-56) para identificar o que Lacan trouxe de novidade sobre as estruturas psicóticas, e como poderia haver um manejo clínico para estas. Este estudo teve de ser complementado com o auxílio de uma grande quantidade de autores pós lacanianos com destaques para Jacques-Alain Miller com “*Percurso de Lacan*” (1988) e “*A invenção psicótica*” (1999), Antônio Quinet com “*Psicose e Laço Social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*” (1999) e “*Clínica e teoria da psicose*” (1999), Contardo Calligaris com “*Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*” (2013) e Maria Silvia García Fernández Hanna com “*A transferência no campo da psicose: uma questão*” (2018), e um destaque especial para Darian Leader “*O que é a loucura?*” (2011)

Diante desta bibliografia, acreditamos ser possível compreender de maneira mais acurada a questão da transferência e da clínica com pacientes psicóticos, sem criar a expectativa de esgotar o assunto, mas de responder algumas dúvidas e levantar novas questões.

2 TRANSFERÊNCIA EM FREUD

A grande descoberta freudiana foi o advento do inconsciente como um lugar psíquico onde figuram representações que foram recalçadas. Apesar de ter relatado o atendimento com alguns pacientes psicóticos em seus estudos, a maior parte dos pacientes de Freud eram histéricos e obsessivos. Se tratando de neuróticos, quando uma representação é muito conflitiva ou causa muito desprazer ao ego, este empreende mecanismos de recalque que retiram o afeto dessa representação em particular de modo a torna-la fraca, sem mais a exigência de realizar associações conscientes. Todavia, o afeto que acompanhava essa representação fica desvinculado, solto no aparelho psíquico, e precisa ser utilizada de uma outra forma. Na histeria esse afeto desvinculado vai encontrar descarga em conversões somáticas. Na neurose obsessiva os sintomas se evidenciam no deslocamento do afeto da representação original para alguma outra representação substituta, que por sua vez toma uma importância descabida, incompatível.

Partindo da teoria do recalque, Freud formulou a técnica psicanalítica que, resumidamente, pretende desfazer as resistências que iniciaram os processos de recalque para possibilitar o retorno do conteúdo inconsciente de volta à consciência, trazendo o conflito sintomático para um mesmo plano topográfico. Este sintoma que antes se mostrava nas repetições, por estar inconsciente, agora se transforma em elaboração, e a libido que estava desligada no corpo pode reencontrar seu objeto original novamente.

Todo este processo vai se dar em análise, no preenchimento de lacunas mnemônicas, na revivescência de situações traumáticas através da palavra (ab-reação), e principalmente pelo manejo da transferência, momento no qual as repetições tem a possibilidade de serem interpretadas. Em outras palavras, o sintoma neurótico tem origem psíquica, e consiste em uma mensagem cifrada vinda do inconsciente - uma outra maneira de expressar aquilo que foi recalcado. Quando as resistências são desfeitas e o conteúdo inconsciente se torna consciente, pode-se dizer que o paciente transforma repetição em elaboração.

Foi um longo trajeto na teoria freudiana até que a transferência pudesse ser colocada como mola mestra do tratamento analítico. Desde o início de sua obra, com a interpretação dos sonhos, a transferência já ocupava um lugar de destaque no funcionamento do inconsciente. Mais adiante, no caso Dora, Freud presencia as repercussões inesperadas da transferência dentro do trabalho analítico, e se vê na necessidade de pensar num manejo adequado para lidar com essa resistência. Com o

avançar de suas elaborações, o autor percebe que, ao mesmo tempo em que é resistência, a transferência também é aquilo que vai possibilitar a cura² dentro do tratamento analítico.

Em 1915, “*Observações Sobre o Amor de Transferência*”, Freud vai demonstrar o método psicanalítico ressaltando a importância da transferência e de seu manejo para alcançar o sucesso terapêutico:

Todo iniciante na psicanálise provavelmente se assusta com as dificuldades que lhe aparecerão ao interpretar as associações do paciente e cuidar da reprodução do reprimido. Mas logo chega o momento de ele atribuir pouco valor a essas dificuldades, e convencer-se de que as únicas realmente sérias estão no uso da transferência. (FREUD, 1915/1996, p. 161)

Segundo Miller (1988), em “*Percurso de Lacan*”, a transferência proposta por Freud apresenta três faces ao longo da análise: resistência, repetição, e sugestão³.

2.1 TRANSFERÊNCIA COMO RESISTÊNCIA

A transferência como resistência começa a ser elaborada por Freud em 1900 na “*Interpretação dos Sonhos*”, quando o autor coloca que o estado onírico traz um rebaixamento da consciência, e conseqüentemente das forças repressoras do ego, o que permitem que o desejo inconsciente se faça presente nos sonhos, mas sempre deformado pelos mecanismos deslocamento e condensação. Esses mecanismos atuam de forma a *transferir* estes afetos recalcados para restos diurnos que não possuem qualquer relação com o conteúdo inconsciente, de forma a mascara-lo (FREUD, 1900/1990).

Nesse contexto, o termo transferência foi usado como o deslocamento de intensidades psíquicas ao longo de uma cadeia associativa, ou seja, um investimento de energia psíquica que deveria ser direcionado para uma representação, é, ao invés disso, direcionado para outra, com o intuito de cifrar a mensagem advinda dos sonhos sobre o desejo inconsciente. (BARATTO, 2010)

Essa formulação de Freud serviu para explicar como se dava o funcionamento do recalque, cujo mecanismo consiste em se apoderar de objetos errantes em sua destinação, que não têm valor em si mesmos, com o intuito de mascarar sua real finalidade e manter recalcado aquilo que não pôde ser aceito pela consciência.

² É complicado falar de uma cura analítica, vide a obra “*Análise terminável interminável*”, todavia, até certo ponto de sua obra Freud acreditava em uma cura, e vamos utilizar essa palavra ao longo do trabalho como sinônimo de final do tratamento.

³ Lacan, no seminário 8, vai diferenciar os fenômenos transferenciais – resistência, repetição e sugestão –, da estrutura transferencial, que ele nomeia de Sujeito Suposto Saber.

É a partir do caso Dora que Freud vai conceber de maneira mais precisa o conceito de transferência. Ao tratar desta paciente, o autor percebe que aquela transferência de energia psíquica entre representações, observada no funcionamento dos sonhos, também ocorre no tratamento analítico: quando o paciente vai seguindo a trilha de seu desejo inconsciente, a transferência atua como resistência ao transferir o afeto de alguma representação do desejo inconsciente para o analista. Diferentemente dos sonhos, no qual o desejo inconsciente tinha representações transferidas para restos diurnos do dia anterior, em análise, esse afeto inconsciente é transferido para algum elemento do analista, podendo trazer uma série de consequências clínicas se não manejada de maneira apropriada (MILLER, 1988).

No caso Dora, a transferência aparece para Freud como algo imprevisto. Essa surpresa em relação à transferência pode ser visualizada em um trecho do livro *Conferências introdutórias sobre a psicanálise parte III* (FREUD, 1916-17/1996):

Após pequeno lapso de tempo, não podemos deixar de constatar que esses pacientes se comportam de maneira muito peculiar com relação a nós. Acreditávamos, para dizer a verdade, que havíamos percebido todos os motivos envolvidos no tratamento, que havíamos colocado em termos racionais, completamente, a situação existente entre nós e os pacientes, de modo que esta pudesse ser visualizada de imediato como se fora uma soma aritmética; não obstante, a despeito de tudo isso, algo parece infiltrar-se furtivamente, algo que não foi levado em conta em nossa soma (FREUD, 1916-17/1996, p. 137).

Em algum momento da análise, Dora deu a Freud um lugar central em seus pensamentos e associações, além de desencadear algum tipo de amor, o que não era de se esperar em uma atividade científica e terapêutica (MILLER, 1988). O resultado disto é que a cadeia de pensamentos de Dora começou a se demonstrar interrompida em diversos momentos, quando alegava que nada lhe vinha à mente, que aquilo que estava dizendo não lhe recordava quaisquer acontecimentos, além de passar a rejeitar qualquer interpretação feita pelo analista – que anteriormente estavam sendo aceitas de bom grado.

É realmente interessante notar essa mudança brusca de comportamento que se apresenta em um mesmo paciente durante a análise. Enfermo, o sujeito chega ao consultório ávido por ajuda. Ouve a solicitação do analista de falar tudo que lhe vier à mente, tentando suspender quaisquer tipos de preconceito, e tenta ao máximo atender a esta solicitação, de bom grado, apesar das dificuldades em fazê-lo. Se põe a trabalho e passa a construir uma série de causalidades para seus sintomas, acredita no poder do tratamento. Ele almeja a cura. Todavia, de repente ele abandona a principal regra que fora pedido pelo analista – associar livremente –, e seu comportamento, anteriormente

amistoso, passa a apresentar uma série de restrições ao tratamento, como na tentativa de sabotá-lo. Freud também deve ter se sentido confuso e surpreso com este fato, e em 1912 vai apresentar uma primeira resposta para esta aparente contradição.

2.2 TRANSFERÊNCIA COMO REPETIÇÃO

No texto *Dinâmica da Transferência* (1912/1996), Freud vai dar à transferência características de funcionamento que tratam da repetição de séries afetivas e clichês estereotípicos. Ele coloca logo no início do texto que a transferência é algo que necessariamente ocorre em todo tratamento analítico, e tem relação direta com os clichês estereotípicos que o paciente constrói em sua vida infantil. Os clichês estereotípicos são, resumidamente, as formas que o sujeito encontrou para se posicionar na vida erótica, “nas precondições para enamorar-se que estabelece, nos instintos que satisfaz e nos objetivos que determina a si mesmo no decurso daquela” (FREUD, 1912/1996, p. 62). Estes métodos de conduzir-se na vida erótica, conscientes e inconscientes, são constantemente reimpressos a cada relação amorosa que se faz com os objetos do mundo exterior. Nesse sentido, Freud coloca que é perfeitamente normal que alguma catexia libidinal se dirija a figura do médico com a forma de alguma série já pronta por antecipação construída na vida do sujeito, seja a relação com a mãe, pai ou irmãos, por exemplo.

Uma vez que o analista é investido de uma catexia libidinal que não o concerne – por conta desta repetição transferencial -, se erigem mecanismos de resistência, por exemplo, o desprezo pela regra fundamental da psicanálise (a associação livre), ou “como esquece as intenções com que iniciou o tratamento, e como encara com indiferença argumentos e conclusões lógicas que, apenas pouco tempo antes, lhe haviam causado grande impressão” (FREUD, 1912/1996, p. 67).

Um dia, nuvens aparecem. Surgem dificuldades no tratamento; o paciente declara que nada mais lhe acode à mente. Dá a mais nítida impressão de não estar mais interessado no trabalho, de estar, despreocupadamente, não atribuindo mais importância às instruções que lhe foram dadas, no sentido de dizer tudo o que lhe vem à cabeça e de não permitir que obstáculos críticos impeçam de fazê-lo. Comporta-se como se estivesse fora do tratamento e como se não tivesse feito esse acordo com o médico. Está visivelmente ocupado com algo, mas pretende mantê-lo consigo próprio. Esta é uma situação perigosa para o tratamento. Inequivocamente, estamos nos defrontando com uma formidável resistência (FREUD, 1912/1996, p. 131).

2.3 TRANSFERÊNCIA COMO SUGESTÃO

Essa repetição de clichês estereotípicos direcionados para a figura do analista, além de erigir resistências quando impedem a associação livre, também tem um outro efeito de extrema importância. Se o paciente coloca inconscientemente o analista no lugar de seu pai, ou sua mãe, por exemplo, é possível que o discurso do médico também seja investido da mesma força e importância que havia na palavra dos pais. A este fenômeno Freud deu o nome de sugestão.

Sugestão foi uma palavra controversa à época de Freud principalmente por conta da imprecisão que girava em torno deste conceito (FREUD, 1925/1996, p. 33). Além disso, havia sido amplamente utilizada por autores que tratavam das terapias por hipnose, cuja eficiência estava sendo questionada. Todavia, diferentemente do que possa apontar nossa intuição léxica, a sugestão dentro da psicanálise – quando referida a um dos efeitos inerentes à transferência – privilegia um manejo muito diferente daquele praticado por seus predecessores da hipnose.

Segundo Freud, Berhein⁴ afirmava que a sugestão era o elemento essencial do hipnotismo, e que, ao contrário do que se pensava, a hipnose era resultado da sugestão, e não o inverso. Desta forma, Berhein preferia praticar a sugestão em estado de vigília, já que assim conseguia os mesmos resultados que em pacientes sob efeito de hipnose (FREUD, 1916/1996). Diante disto, fica evidente que a sugestão contempla um grande efeito sobre os pacientes, e a diferença entre a sugestão da hipnose e aquela da psicanálise vai se dar no seu manejo.

A hipnose foi abandonada pelo criador da psicanálise por vários motivos: este método não podia ser empregado em qualquer paciente; quando se obtia êxito, raramente eram permanentes; quando um sintoma era curado, sua ausência era breve, ou então dava espaço para outros sintomas. Em relação a esse insucesso da sugestão hipnótica, Freud explica que o problema deste método é que ele ataca diretamente o sintoma, reprimindo-o, proibindo-o, e nada se investiga sobre suas causas e sentidos e, portanto, “deixa inalterados todos os processos que levaram à formação dos sintomas” (FREUD, 1916/1996, p. 138).

Quando a sugestão surge pela transferência no tratamento analítico, ao invés de proibir que o paciente realize seus sintomas, o psicanalista vai se utilizar desse fenômeno

⁴ Berhein foi um médico neurologista francês muito famoso pela sua utilização da hipnose. Freud traduziu um de seus livros para o alemão.

com o único intuito de derrubar as resistências que levaram ao recalque. Freud é bem enfático ao explicar que as resistências não são provenientes do inconsciente, mas do ego. Quando alguma representação causa desprazer para o sujeito e não pode ser aceita pela consciência, as forças repressoras do ego passam a atuar desinvestindo essa representação de sua respectiva libido. Enfraquecida, essa representação não mais vai se fazer presente na cadeia associativa do paciente, se tornando, assim, inconsciente. Isto que agora se tornou inconsciente, retorna para o paciente em forma de repetição, e vai se presentificar, inclusive, na transferência.

Nesse sentido, a sugestão investe no analista uma autoridade tal que permite a interpretação dessa repetição inconsciente, com o intuito de desmontar as resistências do ego para caminhar retrospectivamente “em direção às raízes do sintoma, onde estão os conflitos que originaram os sintomas, e utiliza a sugestão a fim de modificar o resultado desses conflitos” (Freud, 1916/1996, p. 138).

Como já foi colocado anteriormente, a transferência é uma consequência do processo analítico, e acontece com todos os pacientes em análise⁵ - com suas devidas variações. Neste texto de 1916, a sugestão é tratada como um efeito da transferência, às vezes sendo colocada como seu sinônimo. Diante da sugestão, a figura do médico adquire grande valor nas considerações e pensamentos do paciente, cuja opinião sobre aquele adquire grande valia. Freud explica que sim, essa relação transferencial entre paciente e analista permite que este exerça grande influência sobre aquele, mas que, apesar disto, o objetivo da análise não é ensinar qualquer coisa ao paciente, visto que um trabalho cognitivo não atinge a raiz de seus sintomas.

Naturalmente o médico não tem dificuldade de torná-lo um adepto de uma determinada teoria, e então fazê-lo compartilhar de alguns erros seus. Nesse aspecto, o paciente se comporta como qualquer outra pessoa - como um aluno - **mas tal coisa atinge apenas a sua inteligência, não sua doença.** (FREUD, 1916/1996, p. 139)

Além disso, uma última diferença entre a sugestão hipnótica e a transferencial é que nos outros tratamentos sugestivos o médico preserva a transferência cuidadosamente, visto que é a principal ferramenta na proibição dos sintomas. Adversamente, na análise, o manejo o qual Freud propõe é um tratamento da transferência, quando ela vai ser dissecada em todas as suas aparições, de modo que, ao final de um trabalho analítico, a transferência deve estar totalmente resolvida, e que “se o sucesso então é obtido ou

⁵ Há uma discussão sobre a possibilidade de transferência em pacientes psicóticos. Este trecho está se referindo aos neuróticos.

continua, ele não repousa na sugestão, mas sim no fato de, mediante a sugestão, haver-se conseguido superar as resistências internas e de haver-se efetuado uma modificação interna no paciente.” (FREUD, 1912/1996, p. 140)

Sendo assim, a transferência como sugestão é um fenômeno que ocorre na relação do analista com o analisando, quando o analista é investido de grande poder de influência, cujo manejo pretende derrubar as repressões do ego e possibilitar que o material inconsciente retorne à consciência, definindo assim uma nova saída para o conflito patogênico.

Seguindo a divisão conceitual de Miller, definimos as três faces da transferência que surgem em análise. É importante lembrar que essas características transferenciais não aparecem separadamente ao longo do tratamento, mas simultaneamente. Afinal, são características de um mesmo fenômeno, e só as dividimos, seguindo a concepção mileriana, como uma forma didática de explicar isto que surge no processo analítico.

Todavia, ainda há dúvidas: como manejá-la?

2.4 O MANEJO

O trabalho com o inconsciente não é estático. O avançar da análise consiste numa derrubada das resistências para possibilitar a emersão do conflito inconsciente. Todavia, as mesmas forças repressoras do ego que levaram ao recalque continuam a atuar durante a análise. Um dos artifícios do recalque é a transferência, descoberta por Freud como um processo espontâneo e inquietante, que faz com que o passado do paciente, revelado em análise, se presentifique na relação com o analista, como uma repetição inconsciente, na qual o analista assume - para o paciente – uma atualização das marcas-restos infantis de clichês estereotípicos que o analisando construiu ao longo de seu desenvolvimento libidinal. Com um manejo transferencial adequado, esta repetição pode adquirir lugar na cadeia associativa do paciente, se tornando elaboração – consciente -, e assim abre-se uma nova possibilidade de promover mudanças na forma de satisfação pulsional. Mas como fazê-lo?

Em *Esboço de Psicanálise* (1938/1998), Freud ilustra de maneira muito poética como se manejar a transferência. Ele retoma a argumentação de que o paciente não se satisfaz ao encarar o analista à luz da realidade, como um auxiliar, ou como um médico que pretende guia-lo no caminho de sua cura, mas ao invés disso, vê no analista a reencarnação de alguma figura importante de seu passado, e consequentemente transfere

para ele sentimentos e reações que se aplicam, na verdade, àquele protótipo. Essa transferência logo demonstra ser de grande valia quando paciente faz de tudo para conquistar o aplauso e amor deste profissional agora investido com tantos outros sentimentos - via de regra colocado no lugar de um dos pais do paciente (FREUD, 1938/1998, p. 201)

Se o paciente coloca o analista no lugar pai ou mãe, também está lhe concedendo o poder que o superego exerce sobre o ego, uma vez que os pais são a origem do superego. Por conta disto, Freud percebeu que o superego do paciente tem agora, em análise, uma possibilidade de pós-educação, quando é possível modificar alguns fatores patogênicos que foram criados na educação oferecida pelos pais – mecanismos defensivos infantis que persistem até a vida adulta e que são responsáveis pelo recalque e formação de sintomas -. É exatamente neste ponto que Freud chama atenção para o cuidado que se deve ter como analista, uma vez investido com esse poder de sugestão:

A essa altura, cabe uma advertência contra o mau uso dessa nova influência. Por mais que o analista possa ficar tentado a transformar-se num professor, modelo e ideal para outras pessoas, e criar homens à sua própria imagem, não deve esquecer que essa não é a sua tarefa no relacionamento analítico, e que, na verdade, será desleal a essa tarefa se permitir-se ser levado por suas inclinações. Se o fizer, estará apenas repetindo um equívoco dos pais, que esmagaram a independência do filho através de sua influência, e estará simplesmente substituindo a primitiva dependência do paciente por uma nova. Em todas as suas tentativas de melhorar e educar o paciente, o analista deve respeitar a individualidade deste. (FREUD, 1938/1998, p. 202)

Por outro lado, colocar o analista no lugar dos pais também apresenta consequências negativas, pois essa transferência poderá vir acompanhada da ambivalência que figurou nas relações parentais. Os sentimentos de hostilidade que eram direcionados anteriormente ao pai ou mãe (seja a necessidade de obediência, ou a recusa a investimentos de caráter sexual), são revividos na situação analítica e constituem severa resistência ao tratamento, o que Freud nomeou de transferência negativa. Assim como a criança passa por uma mudança aguda de comportamento após ter suas tentativas sexuais frustradas pelos pais, o paciente também pode alterar drasticamente sua relação transferencial com o analista na medida em que seu amor de transferência não é correspondido.

Sendo assim, Freud classificou a transferência em positiva e negativa. A positiva se refere aos sentimentos de afeto e carinho, incluindo desejos eróticos sublimados sob a forma de amor não-sexual, que colocam o paciente a trabalho, numa luta para reestabelecer sua saúde e agradar o analista. Do outro lado, a transferência negativa se

refere às pulsões agressivas e seus derivados como inveja, ciúmes, voracidade, destrutividade, além de desejos eróticos não sublimados, que além de comprometerem a regra fundamental da análise – a associação livre – podem levar o paciente a tentar concretizar de fato uma relação amorosa com o terapeuta, na qual sua recusa pode trazer fim ao tratamento, se não for bem manejada.

Apesar de complicada, essa situação transferencial constitui a principal arma para o tratamento analítico. Freud coloca quais devem ser as atitudes do analista para converter essa poderosa resistência a favor do tratamento: em primeiro lugar, o analista precisa acentuar para o paciente o elemento inequívoco de resistência que configura esse amor, pois ao invés de buscar a cura para os sintomas, essa reivindicação amorosa afasta o paciente da associação livre. Em segundo lugar, o analista precisa provar que esse sentimento amoroso não se fez inédito na clínica, mas é uma repetição numa série de mesmos (FREUD, 1915/1996).

Outrossim, esse manejo não seria possível sem a presença do poder de sugestão que é investido ao analista ao longo da transferência. Sem isto, o analista não poderia influenciar o paciente em análise, de modo que suas interpretações acerca desta repetição transferencial inconsciente seriam ignoradas pelo enfermo.

Dessa forma, poderíamos resumir que o manejo transferencial se constitui na capacidade do analista de deixar-se investir desses sentimentos transferenciais colocados nele pelo paciente, mas não assumir esse lugar. Ao invés disso, fazer bom uso do poder de sugestão que lhe foi concedido, não para uma reeducação à sua imagem, mas sim para derrubada das resistências – responsáveis pela formação do conflito. Com isto, abre-se a possibilidade para que aquilo que se tornou inconsciente, e retorna sob a forma de sintoma e de repetição, possa emergir de volta a consciência. Com o ego fortalecido, e com a ajuda do analista, o resultado para este conflito que se formou entre Id e ego pode ter um novo desfecho: ao invés de repetição, elaboração.

3 PSICOSE EM FREUD

Apesar de ter iniciado suas investigações sobre o aparelho psíquico através dos estudos sobre a histeria, não raramente Freud se deparava com pacientes psicóticos e, pelo menos até certo ponto de sua vida, não se furtava ao trabalho de atendê-los. Ao longo de sua obra, Freud vai lapidando seu conhecimento acerca do funcionamento psíquico nas psicoses.

Em 1894, no texto *As neuropsicoses de defesa*, Freud compara de que maneira os funcionamentos psíquicos neurótico e psicótico atuam frente a ocorrência de uma incompatibilidade na vida representativa. Quando o sujeito se confronta com uma experiência, representação ou sentimento que suscita um afeto muito aflitivo, sobre o qual se vê incapaz de chegar a uma solução para este conflito, este sujeito pode *decidir*⁶ por esquecê-lo. Os psicanalistas já estão acostumados às consequências dessa tentativa de esquecimento, mas o que vale a pena chamar atenção neste texto é a especificidade com a qual Freud vai explicar o trajeto entre o esquecimento e o surgimento do sintoma.

Freud argumenta que em face de uma frustração intragável com o mundo externo (ou interno), o ego escolhe por tentar esquecer esse acontecimento traumático. Em algumas pessoas, esse esquecimento não vai trazer consequências, mas em outros casos pode acarretar em reações patológicas histéricas, obsessivas ou de psicose alucinatória.

Esse processo de esquecimento é descrito por Freud como uma defesa, uma atitude defensiva para tratar a representação incompatível de modo a deixá-la fora da consciência. No neurótico, esta tarefa é realizada quando o eu transforma essa representação traumática (poderosa), em uma representação fraca, retirando-lhe o afeto (a soma de excitação). Dessa forma, a representação fraca não tem mais a exigência de fazer o trabalho de associação, ficando desligada da cadeia associativa, em outras palavras, inconsciente. Por sua vez, a soma de excitação desvinculada precisa ser utilizada de uma outra forma. Na histeria a excitação vai tomar alguma via somática, enquanto a representação fica muito enfraquecida e isolada na consciência do sujeito. Na neurose obsessiva essa representação é mais consciente que na histeria, mas desinvestida de sua carga afetiva, de forma que, ao ser lembrada, é considerada pelo ego como sem importância. Enquanto isso, o afeto retirado dessa representação vai se ligar a uma outra representação falsa, que então adquire uma importância descabida, incompatível.

⁶ Neste texto, Freud entendia o trabalho de esquecimento como uma ação voluntária do sujeito. Noção, esta, que vai se alterando com o passar dos anos.

Em ambos os casos de neurose analisados, a defesa contra a representação incompatível atua separado o afeto de sua respectiva representação, de modo que a representação se torna enfraquecida ou isolada. Enquanto isso, **na psicose** o ego emprega “uma espécie de defesa muito mais poderosa e bem-sucedida” (FREUD, 1894/1990, p.69) quando **rejeita** (Verwerfung) tanto a representação incompatível quanto seu afeto correspondente, e atua como se isto jamais tivesse ocorrido. Resultado da rejeição, pode-se perceber dois desfechos distintos: na psicose alucinatória (parafrenia), uma parte do ego vai ser parcialmente desligado do mundo externo e vai produzir alucinações para fortalecer a defesa; na paranoia, o sujeito projeta o conteúdo aflitivo para fora do ego, que retorna para si proveniente do exterior, em forma de sentimentos persecutórios, e/ou delírios de perseguição, ou megalomania.

A psiquiatria da época criou diversos tipos clínicos para diferenciar os sintomas que surgiam em pacientes psicóticos: confusão alucinatória, demência precoce, parafrenia, esquizofrenia e paranoia. Por sua vez, imerso neste vocabulário, vamos observar que Freud se utiliza desta vasta nomenclatura ao tratar do assunto, todavia, segundo Lacan, “Freud traça uma linha divisora de águas, se assim posso me exprimir, entre paranoia de um lado e, do outro, tudo o que gostaria, diz ele, que fosse chamado de parafrenia, e que corresponde exatamente ao campo das esquizofrenias” (LACAN, 1955-56/1988, p. 12). Sendo assim, daqui em diante poderemos nos situar de maneira mais precisa com relação à obra freudiana, colocando no grupo da esquizofrenia a confusão alucinatória, demência precoce, e parafrenia. Enquanto a paranoia se encontra em um outro grupo, com diferentes manifestações sintomáticas.

Neste sentido, neurose e psicose possuem distintos mecanismos de defesa contra uma frustração, e ambas distanciam o sujeito de sua realidade exterior, como vai ser explicado por Freud em *A perda da realidade na neurose e na psicose* (1924/1998). A neurose é caracterizada por um conflito entre o eu e o isso, quando o ego se utiliza do recalque para desinvestir libido da representação conflituosa, de modo que esta fica desligada da cadeia associativa - inconsciente. A psicose é resultado de um conflito entre o ego e o mundo externo, sobre o qual é empregado o mecanismo de defesa da rejeição, que repudiam da consciência tanto a representação conflituosa quanto seu afeto correspondente.

Uma vez que o psicótico rejeita uma frustração, é criada uma fenda na relação do sujeito com seu mundo externo, quando ocorre um desligamento parcial do eu com a realidade que o cerca. Como resultado, vai ser criado um novo mundo, delirante ou

alucinatório, no qual esta frustração não esteja presente. Sendo assim, o sintoma vai ser resultado de uma decisão do ego: permanecer fiel a realidade e tentar silenciar o Id, ou ser derrotado pelo Id e, assim, arrancado de sua relação com a realidade (FREUD, 1924/1998).

Por conseguinte, a diferença inicial assim se expressa no desfecho final: na neurose, o fragmento da realidade é evitado por uma espécie de fuga, ao passo que na psicose ele é remodelado . . . Ou ainda, expresso de outro modo: a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora; a psicose a repudia (*Verleugnung*) e tenta substituí-la. (FREUD, 1924/1998, p. 231).

Sendo assim, neuróticos e psicóticos empregam mecanismos para não se haver com alguma representação insuportável. No entanto, o retorno disto que foi colocado de fora da consciência se dá de diferentes maneiras nesses dois grupos. Na neurose, isto que foi recalçado retorna como repetições, fobias, chistes. Retorna ali mesmo onde foi recalçado, no própria linguagem do paciente, mas desconfigurado pelos mecanismos do recalque. De outro lado, aquilo que foi rejeitado pelo mecanismo psicótico retorna para o sujeito no real, e parece se originar de fora, de um outro. Neste caso, o conteúdo rejeitado retorna sem máscara, mas com a peculiaridade de esconder sua autoria, por exemplo, as vozes e alucinações que invadem o psicótico, as quais ele não conhece como dele, mas vindo de fora. Em outras palavras, Lacan (1955-56/1988, p. 128) argumenta que, na neurose, o recalçado reaparece in loco, ou seja, ali mesmo onde foi recalçado, no meio dos símbolos, mas se utilizando de uma máscara, e o homem se integra a este recalçado participando como seu agente e autor. Já na psicose, isto que foi abolido reaparece em um outro lugar, in altero, mas dessa vez sem máscara.

Esta diferença entre recalque e rejeição se demonstra na obra de Freud em diferentes momentos, mas demanda atenção para captar suas nuances, porque para caracterizar o mecanismo de defesa psicótico, Freud utiliza palavras distintas que obedecem ao momento de suas elaborações. Se por um lado o recalque da neurose foi facilmente identificado como *Verdrängung*, a rejeição passou por diferentes nomes: nos textos iniciais (1894-96/1990) e no caso do *Homem dos lobos* (1918/1996) o autor utiliza a palavra *Verwerfung*, no caso Schreber (1911/1996), *Aufgehobene*, e mais adiante, *Verleugnung* (1923-24/1998). De qualquer forma, independente da palavra utilizada, o conceito do que simplificamos por *rejeição* se mantém praticamente inalterado ao longo de sua obra, e significa “um mecanismo de defesa muito mais poderoso e bem-sucedido, que ao invés de reprimir a representação aflitiva, a cancela, ou abole para fora da consciência” (FREUD, 1911/1996, p. 61).

Mas por que motivo um sujeito, diante de uma frustração, vai se defender por intermédio da rejeição psicótica ao invés do recalque neurótico? Freud vai explicar essa diferença por conta dos pontos de fixação que o sujeito construiu ao longo de seu desenvolvimento libidinal, uma articulação que ele já expôs em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (FREUD, 1905/1990), e que vai ser aplicado para explicar o caso do Presidente Schreber (FREUD, 1911/1996). Como referência, Karl Abraham (1908) realizou um estudo muito amplo sobre os pontos de fixação prevalentes nos distúrbios psicopatológicos, que são referência até hoje na teoria psicanalítica.

Frente a uma frustração na realidade, a libido tende a tomar um rumo regressivo em busca de uma satisfação substituta em organizações anteriores, ou em objetos abandonados pelo sujeito. Esta regressão caminha até os pontos de fixação que o sujeito formou ao longo de seu desenvolvimento. Os pontos de fixação, por sua vez, se formam quando um instinto não acompanha um desenvolvimento normal, que, inibido, permanece num estágio infantil. Esse instinto, que não se desenvolveu adequadamente, vai se comportar no esquema libidinal como reprimido, ou seja, inconsciente. Quando o sujeito se confronta com uma frustração, a libido investida nessa situação traumática vai sofrer uma regressão até este ponto de fixação constituído pelo sujeito. O fator de destaque neste raciocínio, é que diferentes pontos de fixação vão trazer diferentes sintomas, e as fases nas quais esse instinto reprimido ficou fixado vão explicar a predisposição para doença futura (FREUD, 1911/1996, p. 58).

Por este ser um ponto chave na elaboração freudiana acerca da formação de sintomas, vamos ser mais detalhistas. Freud dividiu a repressão em três partes, fixação, repressão, e retorno do reprimido.

A **primeira** fase é a fixação, quando um instinto, ou parte dele, não acompanha um desenvolvimento normal que, inibido, permanece num estágio infantil. Esse instinto que não se desenvolveu adequadamente vai se comportar no esquema libidinal como reprimido, ou seja, inconsciente. A fase na qual esse instinto ficou fixado vai explicar a predisposição para doença futura.

A **segunda** fase da repressão é a repressão propriamente dita, que vem dos sistemas mais desenvolvidos do Eu, ou seja, capazes de consciência, e pode ser descrita, segundo Freud, como uma pós-repressão. O autor caracteriza este processo como tendo um caráter mais ativo que o da fixação, que parece mais passivo. Ele explica que a repressão atua quando os derivados psíquicos dos instintos que ficaram para trás, por conta do processo de fixação, se fortalecem e acarretam um conflito entre eles e o Eu causando

aversão (o que é condizente com o princípio do prazer). Mas também argumenta que essa aversão não seria reprimida, caso não produzisse um “nexo entre as tendências desagradáveis a serem reprimidas e aquelas já reprimidas” (FREUD, 1911/1996, p. 58)

A **terceira** fase é a da irrupção, ou do retorno do reprimido. Essa irrupção ocorre como uma regressão da libido até o ponto de desenvolvimento que ela foi fixada. Freud argumenta que existem uma multiplicidade de pontos de fixação da libido ao longo do desenvolvimento do sujeito, o que deve nos preparar para lidar com uma mesma multiplicidade de mecanismos de repressão e de formações de sintomas.

Ainda sobre a articulação frustração-regressão-fixação, Freud argumenta que quanto mais precoce forem os pontos de fixação libidinal no desenvolvimento do sujeito, mais grave será a manifestação patológica. Como exemplo, ele diferencia os pontos de fixação da paranoia e da parafrenia: na paranoia as fixações libidinais vão se dar em um período caracterizado pelo narcisismo, motivo pelo qual surgem sintomas de megalomania ou perseguição; já na parafrenia, a regressão estende-se

não simplesmente ao narcisismo . . . mas a um completo abandono do amor objetual e um retorno ao auto-erotismo infantil. A fixação disposicional deve, portanto, achar-se situada mais atrás do que na paranóia e residir em algum lugar no início do curso do desenvolvimento entre o auto-erotismo e o amor objetual (FREUD, 1911/1996, p. 102).

Esta diferença na regressão entre neuróticos e psicóticos é fundamental para a compreensão da (im)possibilidade de transferência nestes pacientes. Quando o neurótico se vê diante de uma frustração, representação incompatível e libido são separados. Sem libido, a representação deixa de fazer associação e se torna inconsciente. Enquanto isso, a libido solta vai tomar o rumo para alguma satisfação substitua para o neurótico, uma fantasia. Neste caso, a libido direcionada à fantasia pode ser reinvestida em outros objetos do mundo externo através de um deslocamento da cadeia associativa, inclusive para o analista, o que possibilita a transferência. Todavia, nos casos de psicose a libido separada da representação aflitiva toma um curso regressivo não em direção a alguma fantasia, mas sim em direção ao próprio ego, e isto tem resultados diretos no que se refere a impossibilidade transferencial, como veremos adiante.

3.1 SCHREBER

De acordo com Hanna (2018), as poucas observações que Freud fez a respeito do tratamento das psicoses foram interpretadas por muitos analistas como uma impossibilidade de analisar esses pacientes, “porque dificilmente apresentam fenômenos

de transferência, e, nos casos em que estes ocorrem, não são manobráveis pelo analista pelo viés da interpretação” (HANNA, 2018, p. 28). Desta forma, se afirmou a impossibilidade de transferência na psicose, seja porque ela seria insuficiente ao trabalho analítico, ou porque, quando presente, seu manejo se torna impossível.

Delegando uma atenção especial aos tipos clínicos que Freud elenca em cada texto, e suas diferentes particularidades, podemos perceber que há alguma diferença entre a transferência com pacientes parafrênicos e paranoicos, apesar de, em muitos casos, estes sintomas se misturarem em um mesmo paciente. Seguindo este conceito, podemos delimitar que a transferência insuficiente está mais para o lado da parafrenia, enquanto que na paranoia o fenômeno transferencial se mostra mais exuberante, porém impossível de ser manejado⁷.

Infelizmente, Freud não publicou seus atendimentos com psicóticos da mesma maneira que o fez com neuróticos. Em poucos momentos de sua obra o autor desenvolveu casos clínicos de psicose que tenha tratado. Em *As neuropsicoses de defesa* (1894/1990), Freud relatou brevemente uma vinheta clínica sobre um caso de paranoia (cujo tratamento foi abandonado precocemente, sem resultados clínicos). Além disso, foram encontradas cartas trocadas entre Freud e Pfister sobre um paciente que Freud atendeu, ao qual se referiam por AB: um jovem americano de mais ou menos 20 anos, cujo diagnóstico ficou incerto para Freud entre uma neurose compulsiva, esquizofrenia e paranoia. Também neste caso, a análise não trouxe o desfecho esperado, e Freud descontinuou o tratamento do paciente após 5 anos, tanto por conta de sua saúde deteriorada (o psicanalista já passava dos 70 anos), quanto pela involução do tratamento (FREUD E PFISTER, 1998).

Sendo assim, a maior obra freudiana acerca dos mecanismos psicóticos é *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia* (1911/1996), mais conhecido como Caso Schreber, e vamos nos apoiar sob este trabalho para compreender um pouco mais sobre como ocorre a transferência em casos de psicose.

D.P. Schreber foi um homem que trabalhou na área do direito como funcionário do Ministério da Justiça do Reino da Saxônia, quem, aos 51 anos, atingiu o ponto máximo de sua carreira como Presidente da Corte de Apelação de Dresden, mesmo ano em que se deflagrou seu primeiro surto psicótico, em 1893. É um caso de psicose um tanto quanto diferente, pois o surto só se deu efetivamente em uma fase tardia de sua vida.

⁷ Essa impossibilidade do manejo transferencial em casos de paranoia é referente à época freudiana, quando ainda não havia sido criado nenhum método capaz de fazê-lo. Veremos mais adiante que essa impossibilidade se desfez ao longo do tempo.

Todavia, foi em 1884 que Schreber teve o primeiro contato com seu médico Flechsig, por conta de um acesso hipocondríaco. Nesta ocasião, o tratamento obteve um certo sucesso, o que provocou forte afeição por parte do paciente e de sua esposa para com o médico, que inclusive deixaram uma foto deste estampada na casa como forma de gratidão e admiração.

O problema veio anos mais tarde, na irrupção da segunda doença, quando Schreber foi acometido por um desejo de cunho homossexual. Impossibilitado de dar-lhe lugar em suas elaborações conscientes, rejeitou essa ideia e seu afeto correspondente para fora da consciência – pelo mecanismo de defesa psicótico –, de forma que a ideia foi colocada de fora da cadeia associativa, enquanto a libido que acompanhava esta ideia foi depositada no ego, causando uma série de consequências.

A sintomatologia exuberante de Schreber o levou a uma longa internação, que durou de 1893 a 1899, período no qual o quadro do paciente apresentou diferentes sintomas, tanto paranoicos quanto parafrênicos, até que chegou em uma construção delirante estável em 1900, quando, pleno de suas capacidades intelectuais, apelou para a corte de Dresden e conseguiu interromper seu tratamento e deixou o internamento, inclusive voltando a trabalhar em seguida. Esta estabilização delirante chegou ao fim alguns anos depois, quando o paciente voltou a ser internado.

Em conformidade com as pesquisas psicanalíticas e psiquiátricas da época, Freud acreditava que o início de um quadro paranoico se daria por conta da emergência de algum pensamento ou sentimento homossexual que não encontrasse lugar na vida representativa do paciente. Com Schreber não foi diferente. Em sua autobiografia, o paciente relata que, entre sono e vigília, teve o seguinte pensamento: “Afinal de contas, deve ser muito bom ser mulher e submeter-se ao ato da cópula”. Segundo Freud, este pensamento, rejeitado pela consciência, iniciou todo um deslizamento de ideias e sintomas psicóticos no paciente.

No início da internação, os sintomas eram majoritariamente parafrênicos,

as alucinações auditivas e acústicas, que, ao lado de distúrbios sensoriais comuns, acabaram por dominar sua sensibilidade e seu pensamento: considerava-se morto e apodrecido, doente de peste, supunha que seu corpo fosse objeto de horríveis manipulações de todo tipo e, como afirma ainda hoje, sofria as coisas mais terríveis que se possam imaginar — e tudo isso em nome de uma causa sagrada (FREUD, 1911/1996, p. 13)

Em seguida, essas sensações que invadiam o corpo de Schreber começaram a se associar com uma tentativa de emasculação. A tese freudiana é que o delírio de

emasculação estaria diretamente relacionado com a ideia homossexual de ser uma mulher durante o coito. Que toda esta sintomatologia exuberante eram o resultado da rejeição desta ideia, cuja libido desligada faria surgir todas essas sensações no corpo. Pouco a pouco, Freud narra a sequência dos fatos de como esses sintomas parafrênicos foram assumindo um caráter mais delirante, místico e religioso, para depois finalmente tomar a forma paranoica que tinha Flechsig como seu perseguidor.

Já que estamos falando de diagnóstico, a correlação entre os pontos de fixação libidinal no desenvolvimento psicosssexual do sujeito (que estávamos discutindo anteriormente), e a emergência de diferentes sintomas é perfeitamente clara para Freud, vide este trecho:

Nossas hipóteses sobre as fixações predisponentes na paranoia e na parafrenia tornam compreensível que um caso tenha início com sintomas paranoicos e se transforme em demência, que manifestações paranoides e esquizofrênicas se combinem em qualquer proporção, que apareça um quadro clínico como o de Schreber, que merece o nome de uma demência paranoide, apresentando caráter parafrênico pelo surgimento de fantasia-desejo e alucinações, e caráter paranoide pelo ensejo imediato, o mecanismo de projeção e o desenlace. Pois várias fixações podem ter sido deixadas para trás no desenvolvimento, permitindo, uma após a outra, a irrupção da libido afastada, primeiramente a adquirida depois e, no curso posterior da doença, a original, mais próxima do ponto de partida (FREUD, 1911/1996, p. 65).

Este trecho é muito importante para ilustrar como Freud entendia a psicodinâmica dos quadros de psicose. Os sintomas poderiam flutuar entre paranoia e parafrenia sem contradição clínica e teórica, simplesmente porque os pontos de fixação podem ter se formado em várias etapas do desenvolvimento do paciente, e um caminhar entre eles é o que explica a multiplicidade de sintomas.

Se tratando de Schreber, então, Freud denominou seu quadro clínico como demência paranoide, o que, transposto para nossas categorias atuais, situa Schreber entre a esquizofrenia e a paranoia. O diagnóstico foi construído a partir dos mecanismos empregados por este paciente no intuito de retornar libido para o mundo externo, para os objetos abandonados, que Freud denominou como tentativas de cura: na demência (ou parafrenia) o aparecimento da fantasia-desejo e alucinações, enquanto na paranoia a presença de seus característicos mecanismos projetivos. Sendo assim, o autor argumenta que é possível que o desenvolvimento da psicosssexualidade de Schreber tenha formado pontos de fixação libidinal entre as fases de autoerotismo, narcisismo e homossexualidade, tendo a parafrenia um ponto de fixação correspondente ao autoerotismo, enquanto a paranoia se localiza num ponto de fixação narcísico, cada uma

com suas diferentes tentativas de recuperação, estas mesmas responsáveis pelo quadro sintomático (FREUD, 1911/1996).

Não é nossa tarefa, neste trabalho, interpretar o delírio de Schreber, mas sim pensar como a transferência se mostra na psicose, e por que Freud não considerava possível seu tratamento. Para isto, devemos nos ater somente a esses aspectos do estudo de Freud, evitando se perder nesta vasta e incrível obra, sob o perigo de nos perdemos no raciocínio do trabalho.

Então, pensando na transferência de Schreber, podemos perceber dois momentos distintos ao longo de seu internamento. Primeiro uma alienação quase completa do mundo exterior, quando as interpretações e tentativas médicas de ajudar o paciente eram, quase na totalidade, ignoradas por este. Em um segundo momento, podemos observar uma transferência delirante extremamente negativa em relação ao médico Flechsig, que assumiu a posição de um severo perseguidor e torturador, que persistiu durante toda a doença. Sendo assim, apesar dos nossos esforços em tentar delimitar precisamente as diferenças entre uma transferência paranoica e outra parafrênica, temos sempre de ter em vista a multiplicidade de sintomas que um mesmo paciente pode apresentar, o que também vai gerar diferentes momentos de laço transferencial.

3.2 TRANSFERÊNCIA INSUFICIENTE

A experiência clínica pregressa, somado ao estudo do caso Schreber e da elaboração de toda uma metapsicologia da psicose, com destaque para a obra *Sobre o Narcisismo: Uma Introdução* (FREUD, 1914/1996), permitiu a Freud construir todo um alicerce teórico que possibilitou aos futuros analistas pensarem sobre o manejo clínico da psicose. Neste trabalho, estamos sendo criteriosos para tentar delimitar as diferentes características da transferência em pacientes parafrênicos e paranoicos, mesmo sabendo que, na maioria das vezes, os sintomas que definem esta ou aquela afecção vão mudando ao longo do tratamento, dando a entender que existe alguma dinâmica no diagnóstico. Todavia, essa possível dinâmica não invalida nossos esforços, pois mesmo que a hipótese diagnóstica se altere ao longo da análise, a teoria é nossa principal baliza para um possível manejo.

Voltando às cartas entre Freud e Pfister sobre o paciente AB, podemos perceber como, até mesmo para Freud, a depender do paciente, a hipótese diagnóstica poderia ser incerta, e inclusive alterada frente a novos sintomas.

Felizmente foi vencida sua insuportabilidade, eu até me afeiçoei a ele, e parece que ele retribui. Depois de um terrível esforço conseguimos clarear algumas partes da sua história evolutiva íntima, e o efeito disto foi bem favorável, como também o confirmaram parentes que o viram nas férias. Externamente ele se comporta de modo insuficientemente excêntrico e ainda está muito longe do normal, como corresponde à incompletude dos nossos resultados. Por outro lado é inegável que muitos elementos nele sejam realmente inquietantes (*Unheimlich*), como se ele estivesse no caminho da neurose compulsiva à paranóia. Suas idéias e conexões de pensamento têm freqüentemente algo estranho, e seus sintomas poderiam ser chamados sem constrangimento de idéias delirantes. Toda vez que ele entra em contradição eu me digo que, afinal, é uma esquizofrenia, e quando algo se aclarou, perde-se esta má impressão. Penso que deixarei de lado a pergunta médica pelo diagnóstico e trabalharei adiante no material vivo. Enquanto se mostrar maleável e tivermos sucessos, sinto-me justificado. Não sem importância é a impressão de que a pessoa dele vale todo o esforço. (carta 76, 14.9.1926, p. 141 e 142)

Com este trecho, estamos argumentando que em vários momentos, Freud é genérico ao tratar das psicoses. Utiliza a palavra psicoses no plural, sem diferenciar se está se referindo à parafrenia ou à paranoia. Todavia, fomos atrás de alguns trechos em que o autor é mais criterioso, como por exemplo neste trecho de *Sobre o Narcisismo: Uma Introdução*:

Esses doentes, que eu sugeri designar como parafrênicos, mostram duas características fundamentais: a megalomania e o abandono do interesse pelo mundo externo (pessoas e coisas). Devido a esta última mudança, eles se furtam à influência da psicanálise, não podendo ser curados por nossos esforços. (FREUD, 1914/1996, p.11)

Neste trecho, Freud está argumentando sobre uma impossibilidade de transferência com pacientes parafrênicos. Esta hipótese pode ser encontrada mais de uma vez na obra freudiana⁸, todavia, raramente são acompanhadas de exemplos clínicos que justifiquem esta afirmativa, e a metapsicologia que se propõe a explicá-la também carece de sintetização. A resposta que encontramos para justificar essa transferência insuficiente dos esquizofrênicos⁹ gira em torno do mecanismo defensivo empregado por eles, e como isto afeta ou impede o processo transferencial.

Em 1894 Freud já havia construído uma teoria bastante perspicaz sobre os mecanismos de defesa da histeria, neurose obsessiva e confusão alucinatória - que mais tarde foi nomeada pelo autor de parafrenia. Em seu texto, *As neuropsicoses de defesa* (1894/1990), ele explica que o surgimento do sintoma se dá quando o paciente se confronta com uma experiência, representação ou sentimento que suscita um afeto muito

⁸ Esboço de Psicanálise (1938/1998), Autobiografia (1915/1996), Schreber (1911/1996), entre outras.

⁹ Vale lembrar que, seguindo Lacan, dividimos de um lado paranoia, e de outro lado tudo que Freud gostaria de nomear como parafrenia, incluindo os termos esquizofrenia, confusão alucinatória e demência precoce.

afritivo, sobre o qual se vê incapaz de chegar a uma solução para este conflito e decide¹⁰ por esquecê-lo. Em algumas pessoas esse esquecimento não vai trazer consequências, mas em outros casos pode acarretar em reações patológicas históricas, obsessivas ou de psicose alucinatória.

Em 1894 e 1896 com os *Rascunhos K e H*, o autor argumenta que tanto sintomas neuróticos quanto psicóticos se formam quando uma representação é desinvestida do seu afeto correspondente, de forma que, sem libido, pode ficar desligada da cadeia associativa. Na histeria, esse afeto desligado vai ser direcionado para vias somáticas, na neurose obsessiva vai achar uma representação substituta. De maneira distinta, na psicose alucinatória o ego emprega “uma espécie de defesa muito mais poderosa e bem-sucedida” (FREUD, 1894/1990, p.69) quando **rejeita** tanto a representação incompatível quanto seu afeto correspondente, e atua como se isto jamais tivesse ocorrido. Quando isto é alcançado, uma parte do ego vai ser parcialmente desligado do mundo externo, o que vai gerar um buraco de sentido para o sujeito. Como consequência disto, vão ser produzidas alucinações para explicar esse vazio de sentido que se abriu por conta da retirada libidinal. Na psiquiatria da época, as alucinações eram vistas como o principal sintoma da doença, por outro lado, Freud preferiu entendê-las como uma tentativa de retorno libidinal para os objetos antes abandonados, ou seja, uma tentativa de cura¹¹.

Sendo assim, tanto neuróticos quanto psicóticos abandonam, até certo ponto, sua ligação com a realidade. Todavia, na neurose a libido desligada de sua representação tem como destino a fantasia, o que permite a substituição – por deslizamento associativo - do objeto fantasiado pela figura do analista, possibilitando a transferência. Na psicose, ao invés de ser investida na fantasia, a libido solta de sua representação toma o próprio eu como objeto, investindo-o com grande quantidade libidinal. Quando tenta reinvestir essa libido na fantasia, isto é realizado pelas vias projetivas ou alucinatórias, dificultando ou impossibilitando a transferência com o analista (FREUD, 1914/1996).

Voltando ao caso Schreber, percebemos que essa metapsicologia da psicose se aplica perfeitamente a primeira fase do internamento deste paciente. Freud retoma as palavras do médico diretor da casa de saúde de Sonnestein, onde Schreber foi internado logo no início de sua doença, e médico emite um parecer sobre a condição atual do doente,

¹⁰ Neste texto, Freud entendia o trabalho de esquecimento como uma ação voluntária do sujeito, cujo conceito vai se alterando com o passar dos anos.

¹¹ Apesar do mecanismo de defesa ser o mesmo na paranoia e na parafrenia (retirada libidinal de alguma representação incompatível), a tentativa de cura vai se dar de maneiras distintas, como veremos mais adiante.

como um quadro que vai de ideias hipocondríacas, amolecimento cerebral, sensação de morte iminente, alucinações persecutórias, hiperestesia – grande sensibilidade à luz e barulho -, acreditava que seu corpo estava morto e apodrecido, doente de peste e objeto das mais graves manipulações. Ainda segundo o médico, todos esses fenômenos psicóticos absorviam o doente a tal ponto que ele permanecia por horas totalmente rígido e imóvel (estupor alucinatório), e inacessível a qualquer outra impressão, além das mais variadas tentativas de suicídio.

Não é difícil relacionar estes sintomas com uma impossibilidade transferencial com o médico. De acordo com Freud, o ponto de fixação da parafrenia se instalou em uma fase auto erótica (FREUD, 1911/1996), e a consequência disto é que, diante de uma frustração, a tendência do psicótico é retirar libido do mundo externo, que é insuportável para ele, e introjetar esta libido de volta ao próprio ego. Quando esta retirada de libido do mundo externo toma proporções muito grandes, o mundo do psicótico se torna sem sentido, e vai necessitar de explicação. Essa explicação vai ser fornecida ou por alucinações, que, diferentemente de sintomas, são uma tentativa de explicar este vazio de sentido, este enigma que se abriu após a retirada maciça de libido.

Em *Esboço de psicanálise* (1938/1998), Freud escreveu um trecho que representa exatamente este estado no qual Schreber se encontrava neste momento:

Se o ego do paciente vai ser um aliado útil em nosso trabalho comum, deve – por mais árdua que tenha sido a pressão das forças hostis – ter conservado uma certa coerência e algum fragmento de compreensão das exigências da realidade. Mas isto não é de se esperar do ego de um psicótico; ele não pode cumprir um pacto desse tipo; na verdade, mal poderá engajar-se. Muito cedo terno-nos-á abandonado, bem como a ajuda que lhes oferecemos, e nos mandado juntar-nos às partes do mundo externo que não querem dizer mais nada para ele. Assim, descobrimos que temos de renunciar à ideia de experimentar nosso plano de cura com os psicóticos – renunciar a ele talvez para sempre ou talvez apenas por enquanto, até que tenhamos encontrado um outro plano que se lhes adapte melhor. (FREUD, 1938, p. 200.)

Sendo assim, é por conta dessa característica psicótica de tomar o próprio ego como objeto de investimento libidinal que a transferência com estes pacientes se tornou uma impossibilidade para Freud. Se tratando dos esquizofrênicos graves, uma vez que a defesa parafrênica retirou libido demasiada do mundo externo e introjetou de volta no próprio ego, a conexão do paciente com a realidade se tornou tão escassa que não mais é possível direcionar libido ao analista, de modo que transferência se faz insuficiente para o trabalho analítico (FREUD, 1925/1998).

Além disso, sua tentativa de cura – retornar a libido de volta aos objetos abandonados - é realizada por vias alucinatórias, o que não contribui para a instituição da transferência, mas sim para toda uma sintomatologia negativa de isolamento por parte dos parafrênicos, que absorto em suas produções alucinatórias dificilmente vão obter sucesso na formação de vínculos, ao invés disso, vão se alienar ainda mais da realidade.

Diante disto, podemos afirmar que os fenômenos transferenciais que surgiam com pacientes neuróticos – repetição, resistência e sugestão -, não se apresentam na esquizofrenia da mesma maneira, e muitas vezes não se apresentam de maneira nenhuma. Sem transferência, o método freudiano (baseado na associação livre e na interpretação para tratar as neuroses) se faz inapropriado para tratar os parafrênicos.

3.3 TRANSFERÊNCIA NÃO MANEJÁVEL

Um trecho bastante importante de Freud acerca da impossibilidade do manejo transferencial na psicose está em sua obra “Um estudo autobiográfico” de 1925:

Quando não existe nenhuma inclinação para uma transferência de emoção tal como esta, ou quando se torna completamente negativa, como acontece na demência precoce ou na paranoia, então também não há qualquer possibilidade de influenciar o paciente por meios psicológicos (FREUD, 1925/1998, p.24).

É interessante notar a presença da palavra influência nesse trecho, visto que este mesmo termo também foi utilizado em 1914, como vimos acima, para designar a impossibilidade de influenciar o paciente por meios psicanalíticos em casos de parafrênia. Além disso, também se faz necessário explorar o conceito de transferência negativa, uma vez que Freud o utiliza para designar como a transferência pode se apresentar em casos de paranoia¹². A esse respeito, Maciel (2008) argumenta que Freud não postula a transferência como algo impossível na psicose, mas sim de outra ordem, diferente daquela que ocorre na neurose. Sendo assim, se faz necessário compreender um pouco mais sobre transferência negativa, porque ela pode ser manejada na neurose, mas não na psicose.

Freud classificou a transferência em positiva e negativa. A positiva se refere as pulsões e derivados libidinais, a exemplo de sentimentos de afeto e carinho, incluindo desejos eróticos sublimados sob a forma de amor não-sexual. Do outro lado, a

¹² Neste ponto, pode-se começar a inferir que a transferência insuficiente é mais característica da esquizofrenia, e a transferência negativa seria correlativa da paranoia, todavia essa argumentação não é totalmente precisa, visto que sintomas paranoicos e esquizofrênicos podem estar presentes em um mesmo paciente, como é o caso de Schreber.

transferência negativa se refere às pulsões agressivas e seus derivados como inveja, ciúmes, voracidade, destrutividade etc. Essas faces da transferência podem emergir em um mesmo paciente ao longo do tratamento e demandam um manejo muito cuidadoso para que a análise possa ter o desfecho esperado.

Vimos no início deste trabalho que a transferência negativa pode ser manejada em casos de neurose, mas se tratando das psicoses, Freud comenta que a transferência, quando se forma, é totalmente negativa, e por isso não há qualquer possibilidade de influenciar o paciente. Mas por que na psicose, quando surge, a transferência é totalmente negativa? E por que é impossível manejá-la nesta situação?

Para compreender mais sobre este fator, vamos retornar a Schreber. Após alguns meses de internamento, os sintomas parafrênicos de Schreber começaram a diminuir de intensidade, e dar lugar a um sistema delirante bastante complexo, que se estendeu até o final de seu internamento em 1899. Neste sentido, o diagnóstico final dado por Freud foi de uma demência paranoide, com a prevalência de sintomas paranoicos em detrimento dos parafrênicos.

Retomando a história de Schreber, em 1884 este paciente teve uma doença de caráter hipocondríaco, ocasião na qual seu médico Flechsig obteve um certo sucesso no tratamento. Esta cura temporária provocou forte afeição por parte do paciente e de sua esposa, como já comentamos anteriormente. Anos mais tarde, com a irrupção da segunda doença, por conta do desejo homossexual de sentir-se uma mulher durante o coito, rejeitou essa ideia de modo a expulsá-la para fora da cadeia associativa.

Como vimos anteriormente, o destino das ideias rejeitadas pelo psicótico é retornar no real. Na parafrenia, este retorno é feito por vias alucinatórias, todavia, na paranoia esta tentativa de retorno libidinal é realizada por vias projetivas¹³. Isto significa que, quando uma percepção interna é suprimida, seu conteúdo retorna à consciência, após sofrer uma deformação, como alguma percepção advinda de fora. Essa deformação, se tratando de delírios persecutórios, consiste numa transformação de afeto, ou seja, o que deveria ser sentido internamente como amor, é percebido como ódio advindo do exterior.

Seguindo este raciocínio projetivo, Freud argumenta que os sintomas de Schreber eclodiram justamente por conta de uma fantasia homossexual que foi rejeitada da consciência. Em um primeiro momento os sintomas parafrênicos se fizeram mais

¹³ Freud se mostra relutante sobre a utilização da palavra projeção, visto que ela não seria adequada para tratar das psicoses, uma vez que já foi definida antes como um mecanismo neurótico. Todavia, continua a utilizá-la para tratar das paranoias ao longo de toda sua obra.

presentes que os delírios paranoicos, o que pode ser explicado pelo retorno da libido à um ponto de fixação auto erótico. Todavia, com o passar de alguns meses, este quadro parafrênico foi se estabilizando através de uma complexa construção delirante, o que aponta para a formalização de um quadro sintomático paranoico. Se tratando de paranoia, então, com um ponto de retorno libidinal localizado em uma fase narcísica (o que pode cambiar ao longo do tratamento sem contradições lógicas nem teóricas), o recurso psíquico para retornar libido aos objetos antes abandonados é a projeção. Ou seja, aquilo que foi excluído da consciência – a fantasia homossexual -, vai retornar de fora pelo mecanismo característico da paranoia, a projeção.

Neste sentido, o desejo homossexual que, teoricamente, originou todo o quadro psicótico de Schreber, retornou para si, por projeção, como advindo do exterior, e com seu conteúdo deformado. O paciente começou a se sentir vítima de todo um complô extraterreno, um conluio que incluía Deus, Flechsig, os enfermeiros, todos com um objetivo comum: tortura-lo e concretizar sua emasculação, para que assim pudesse ter os filhos de Deus e dar origem a uma nova raça. A pergunta que se forma neste caso é: porque uma fantasia homossexual (desejo de ser uma mulher durante o coito), se transformou em toda uma elaboração delirante de perseguição?

Já vimos que essa ideia não pode ser aceita pela consciência, e, portanto, foi rejeitada da consciência junto com sua libido correspondente, o que configura o mecanismo de defesa tanto paranoico quanto parafrênico. Todavia, num momento posterior, como uma tentativa de cura paranoica de reaver libido para os objetos anteriormente abandonados, o mecanismo de projeção passa a atuar, deformando este conteúdo rejeitado e fazendo retorná-lo no real, como advindo de fora, sem que o sujeito possa reconhecer sua autoria. Como Freud bem observou, aquilo que deveria ser sentido interiormente como amor, vai ser sentido como ódio proveniente do exterior. Freud ainda argumenta que geralmente as raízes do sentimento homossexual se direcionam ao pai ou irmãos, e que Flechsig só assumiu um papel de perseguidor para Schreber por conta de um processo transferencial:

A fantasia que despertou uma oposição tão violenta no paciente tinha assim suas raízes num anseio, intensificado até um tom erótico, pelo pai e pelo irmão. Este sentimento, na medida em que se referia ao irmão, passou por um processo de transferência para o médico, Flechsig (FREUD, 1911, p. 70)

É interessante notar como a argumentação de Freud para explicar a origem de um delírio de perseguição tem um caráter quase que gramatical. Neste retorno projetivo, o

conteúdo rejeitado sofre uma alteração, tanto com relação a sua autoria (como já vimos ser a característica principal do retorno pela projeção), quanto com relação ao seu conteúdo. Freud argumenta que as principais formas de paranoia são derivadas de uma proposição: *eu (um homem) o amo (outro homem)*. No caso dos delírios de perseguição, a proposição “eu o amo” é convertida em: *eu não o amo, eu o odeio*, mas como esse sentimento interno retorna de fora (por projeção) e não pode ser sentido pelo sujeito como proveniente de si mesmo, ele se altera para *ele me odeia, e por isso me persegue* (FREUD, 1911/1996).

Neste sentido, colocando Schreber e Flechsig na proposição freudiana temos: eu (Schreber) o amo (Flechsig) – em um deslocamento do que, em outro momento, foi sentido pelo pai ou irmão. Este sentimento é rejeitado da consciência e retorna por projeção com seu conteúdo e autoria deformados da seguinte forma: ele me odeia (Flechsig), e por isso me persegue. Esta ideia persecutória, além de mascarar a autoria dos desejos homossexuais do paciente, também se tornam um alicerce poderoso para as elaborações delirantes que Schreber vai construir na tentativa de explicar esses fenômenos corporais que o tem invadido recentemente, e para formação de compromisso com esta ideia, que pode ser percebido pela necessidade de emasculação para criação de uma nova raça.

Sendo assim, uma vez que o médico é colocado na figura de um perseguidor - por conta da transferência e dos mecanismos projetivos paranoicos -, qualquer tentativa de influência pela psicanálise se torna impossível. O mais provável é que o analista se torne ameaçador, fazendo com que o paciente abandone a análise, ou resultando em um trabalho sem ganhos terapêuticos. (FREUD, 1938/1998)

Diante disto, pudemos compreender o motivo pelo qual Freud não recomendava a técnica psicanalítica para o tratamento das psicoses. Uma vez que este tratamento analítico que o autor construiu repousa no manejo transferencial que possibilita a superação das resistências para rememoração e elaboração do conteúdo inconsciente através da técnica da associação livre e da interpretação, concluímos que Freud considerou sua técnica analítica inadequada para tratar de pacientes psicóticos, pois a transferência com estes pacientes era imprópria para o trabalho terapêutico: ou porque não se concretizava, ou pela impossibilidade de manejá-la.

Não obstante, apesar de suas contraindicações ao tratamento das psicoses, Freud construiu um alicerce teórico fundamental para a abordagem destas, inclusive delegando à posterioridade a responsabilidade de elaborar uma forma de tratamento. Atualmente,

temos diversos trabalhos psicanalíticos que discorrem sobre novas formas de manejar a transferência psicótica, como veremos adiante com Lacan, seus comentadores e alguns outros psicanalistas influentes da atualidade.

4 TRANSFERÊNCIA EM LACAN

Como pudemos observar ao longo desta dissertação, Freud considerou a transferência o pivô do tratamento, a mola mestra da cura, e dedicou vários trabalhos ao longo de sua trajetória para tentar entender como deveria ser o manejo deste fenômeno que se mostra em análise. Obteve êxito manejando-o para a neurose. Com relação às psicoses, apostou em uma modificação do método analítico, pois, até aquele momento, não era capaz de trata-las.

Por sua vez, Lacan formalizou o postulado de não recuar diante das psicoses, e talvez atendendo à sugestão de Freud - de delegar para a posterioridade um método para trata-las - se dedicou amplamente aos estudos dessas afecções narcísicas, inclusive postulando que a psicose seria a normalidade do ser humano, e a neurose apenas uma forma de suplência dentre outras. Desde o seminário 3 (1955-56/1988), Lacan se lançou na empreitada de formalizar algum manejo possível para tratar de psicóticos, e nesta parte da pesquisa vamos tentar compreender qual a alternativa lacaniana para tratar desses pacientes que, como já vimos com Freud, apresentam uma relação transferencial insuficiente ou totalmente negativa.

Para iniciar esta pesquisa, vamos partir do mesmo ponto em que partimos no estudo freudiano, ou seja, como se dá a transferência com neuróticos. Segundo Miller, Lacan operou uma mudança no conceito da transferência pela introdução de funções inéditas: a do **sujeito suposto saber** e o **desejo do analista** (MILLER, 1988, p. 75). Estudar esses dois conceitos é um caminho eficaz para destacar as diferenças que Lacan operou no manejo transferencial com neuróticos em relação à Freud. Após compreender estas alterações, vamos pesquisar sobre a teoria lacaniana acerca da transferência com psicóticos, e suas respectivas possibilidades de tratamento.

4.1 O SUJEITO SUPOSTO SABER

Segundo Miller, o conceito de sujeito suposto saber só aparece na obra de Lacan no Seminário XI, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964/1985), apesar de nos *Escritos* (1953/1998), no texto *Função e campo da fala e da linguagem*, Lacan já fazer menção a “esse fenômeno de investimento imaginário desempenha na transferência um papel-pivô” (LACAN, 1953/1998, p. 322), que mais tarde veio nomear de sujeito suposto saber.

“Como se entendeu esse termo? Pensou-se que o analisante começa supondo que o analista está de posse do saber que lhe concerne, e progressivamente descobre que não é assim, mas que a análise se estabelece sobre a base dessa suposição. Grosso modo, é essa a vulgata que se difundiu sobre o sujeito suposto saber como pivô da transferência.” (MILLER, 1988, p. 77)

Como apontado por Freud em 1912, *A dinâmica da transferência*, quando o paciente inicia seu discurso seguindo as orientações da regra fundamental da psicanálise - a associação livre - é inevitável a aparição de um fenômeno espontâneo, o qual Freud nomeou como o conceito de transferência. Como vimos anteriormente, a transferência atua como mola mestra do tratamento, apesar de também ser a maior resistência. Pode ser resumida da seguinte maneira: o paciente, em busca da libido retraída pelas forças de repressão, acaba transferindo para a figura do analista um clichê estereotípico formulado na infância, repetindo neste, alguma outra relação que o paciente havia vivenciado anteriormente, posição a qual o analista não pode assumir. O trabalho do analista, neste caso, é permitir que o paciente perceba a resistência como repetição aplicada pela transferência e, dessa maneira, possa rememorar o material inconsciente que foi transferido, ao invés de repetir na neurose de transferência.

Por sua vez, Miller (1988) coloca que a transferência é a consequência imediata da estrutura da situação analítica, ou do discurso analítico. Essa estrutura da situação analítica coloca o analista na posição de um ouvinte privilegiado que, do lugar do Outro, convida o paciente a falar o que lhe vier à cabeça, sem preocupar-se em demasiado com inconveniências ou escrúpulos: a associação livre.

Nessa relação, no pedido para falar o que vier a cabeça, o analista está garantindo ao paciente que sua palavra não será em vão, que tudo que o que é dito tem um sentido, um significado, e que algum saber será elaborado. Esta é a falsidade, o logro que a situação analítica traz consigo, a ilusão do analisando: de alguma forma, o paciente supõe que o analista é detentor desse saber inconsciente que ele busca. Isto é a própria transferência em vigor (MILLER, 1988).

Todavia, essa posição de ouvinte não é passiva, pois é o analista que, com sua resposta, seu aval e sua interpretação, decide sobre o sentido do que é dito. Nessa relação analista/analisando, há, então, uma relação dissimétrica, pois “um entrega o material, enquanto o outro tem por função estrutural interpretar esse material, escutá-lo, recebê-lo, aprecia-lo, e, em certas ocasiões, interpretá-lo” (MILLER, 1988, p.100). Essa posição de intérprete faz do analista o que pode ser chamado de amo da verdade.

É a partir dessa posição que, apoiado no desejo do analista, o psicanalista faz reconhecer que não há uma resposta para o enigma do desejo inconsciente, ou seja, o analista não pode dar o que o paciente demanda. O que resta ao analista é conduzir o tratamento de forma que o analisante passe da posição de desejado, para posição de desejante, colocando-se na posição de buscar a verdade sobre si mesmo, sobre sua identidade, sobre seu verdadeiro desejo. Essa busca vai se dar, segundo Lacan, no limite de sua palavra, na relação com o analista que tomou o lugar do grande Outro. Desse lugar, o analista “não se deve precipitar a satisfazer a demanda do paciente, que é a demanda de: quem sou? Qual é meu desejo? Que quero de verdade? (MILLER, 1988, p.101)

Miller faz questão de ressaltar que isto que ocorre na análise, a transferência, a suposição de saber que o paciente deposita no analista, não é da ordem de uma crença, de um sentimento do sujeito, mas de uma suposição de estrutura, e alerta para a confusão que geralmente é feita entre a dimensão fenomênica e a dimensão estrutural da transferência. O que Lacan tentou deslindar com o sujeito suposto saber é justamente o pivô sobre o qual gira os distintos aspectos da transferência que mencionamos na parte anterior deste trabalho. Enquanto a resistência, repetição e sugestão aparecem como fenômenos da transferência, o SsS (sujeito suposto saber) é de uma ordem diferente dos fenômenos, é da ordem de uma estrutura que se estabelece na relação transferencial com neuróticos.

Em 1967, em seu texto *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre psicanalista da escola*, Lacan escreve o matema da transferência.

$$\begin{array}{c} S \text{ ----} \rightarrow S_q \\ \hline s(S^1, S^2, \dots S^n) \end{array}$$

Acima da barra há uma seta que vincula significante inicial do analisando a um significante qualquer do analista (S_q), e abaixo da barra, o s representa o sujeito e seu desdobramento a partir de seus significantes. No momento em que o significante do sujeito se instala em um significante qualquer do analista, a transferência está estabelecida. É através da associação livre que, espera-se, um significante remeta a outro significante, e daí a possibilidade de manejo da transferência, quando o analista é capaz de suportar essa posição de objeto que opera como causa de desejo, que é completamente diferente de ocupar o lugar de objeto desejado. (LESSA, 2012)

Essa articulação entre transferência e desejo é feita por Lacan no seminário sobre *A transferência* (1960-61/1992), a partir de uma leitura da obra *O Banquete* de Platão, no

qual se debate o amor. Lacan argumenta que o personagem de Sócrates indica de maneira muito precisa o lugar da transferência. Ao trazer os personagens de Alcibiades e Sócrates, cuja relação Lacan considera como a primeira transferência analítica de que se tem notícia, Alcibiades supõe a Sócrates a posição daquele que sabe sobre o desejo.

Alcebiades supõe que Sócrates contém o agalma, o segredo do desejo, o objeto precioso, e é a busca por responder esse enigma que move Alcebiades. Em um paralelo com a situação analítica, diz Lacan:

Pelo simples fato de haver transferência, estamos implicados na posição de ser aquele que contém o “agalma”, o objeto fundamental de que se trata na análise do sujeito, como ligado, condicionado por essa relação de vacilação do sujeito que caracterizamos como o que constitui a fantasia fundamental, como o que instaura o lugar onde o sujeito pode se fixar como desejo (LACAN, 1960-61/1992, p.194).

Apesar de imbuído desse suposto saber pelo paciente, Miller (1998) aponta que o psicanalista não pode, de maneira alguma, se identificar com esse lugar. Ele argumenta que a noção de inconsciente remete a um já-aí da rede de significantes, como algo a ser desvelado em análise, e que é a partir disto que o paciente busca o tratamento, com a esperança de que, com o analista, possa decifrar a mensagem cifrada do sintoma. Toda nova análise deve começar de modo autêntico, e por esse motivo “O psicanalista não deve identificar-se com o sujeito suposto saber”, pois este é um “efeito da estrutura da situação analítica, o qual é muito diferente de se identificar com essa posição” (MILLER, 1988, p.103).

Voltando ao banquete de Platão, Sócrates também não respondeu à demanda de Alcebiades, e foi justamente porque se esquivou das solicitações deste que pôde manter o enigma de seu desejo e mostrar a Alcebiades que neste lugar não há nada. Nessa relação, o papel de Sócrates foi de um não-saber, e de assumir o papel do interrogador, não de quem responde.

Porém, Sócrates lhe responde situando-se como aquele que não tem o saber que Alcibiades lhe supõe, assumindo a posição de uma douda ignorância, uma vez que ele, Sócrates, sabe que o que é constitutivo da sua essência é o vazio, o oco. Tal posição tem por efeito o deslocamento das certezas de Alcibiades, deixando-o “desorientado, sem saber o que fazer, errando às cegas” (PLATÃO, 1996:72) (...) É na medida em que não sabe o que Sócrates deseja dele, que o desejo de Sócrates, o desejo do Outro, portanto, tem valor de enigma para Alcibiades (ARANTES, 2007, p. 79).

Dessa forma, Lacan já pôde situar no texto de Platão a operação efetuada pelo sujeito suposto saber a partir do momento que se instaura a transferência, ou seja, a intervenção do analista visa operar a queda do sentido, a constituição do enigma para o

sujeito. Com essa postura de não responder sobre o desejo, o analista suporta, com seu desejo de analista, a crença que o paciente possui sobre o inconsciente, e que há um enigma a ser decifrado. (LACAN, 1960-61/1992).

Nesse sentido, a transferência na situação analítica se realiza pela via do amor que busca um saber. O analista acolhe a posição de quem supostamente sabe, depositada pelo analisante, mas não responde à demanda deste. Ao invés disto, sustenta o polo da ignorância, como fez Sócrates, para que a pergunta sobre o desejo recaia sobre o sujeito na forma de: “Que queres tu?” (Che vuoi?). É a partir de um não-saber que o paciente se dirige a um Outro o qual acredita saber sobre seu desejo e seu sofrimento. O SsS (sujeito suposto saber) então, mais do que essa crença, é a estrutura que fundamenta a transferência, é a abertura do inconsciente na busca de responder um enigma. Neste sentido, Lacan marca: “Há no paciente abertura para a transferência pelo simples fato de que ele se coloca na posição de se confessar na palavra, e procurar sua verdade no fim, no fim que está lá, no analista.” (LACAN, 1953-54/1979, p. 316).

Dessa forma, o sujeito suposto saber está relacionado à questão do desejo pela suposição fundamental de que ele, o analista, sabe partir ao encontro do desejo inconsciente. Em outras palavras, o analista é investido por essa legitimação simbólica que o paciente lhe confere quando o reconhece no lugar do Outro, ao qual ele confia sua fala. Todavia, o analista não opera desse lugar. Ao invés disso, ele aponta para o saber do inconsciente, manejando a transferência de modo que o analisante possa formular esse saber não sabido, ou seja, que encontre suas vias para o inconsciente. Para que isto ocorra, o analista precisa ocupar a função de um vazio de saber.

A posição do analista deve ser a de uma ‘ignorantia docta’, o que não quer dizer sábia, mas formal, e que pode ser, para o sujeito, formadora (...) a tentação é grande, porque está em voga, neste tempo do ódio, transformar a ‘ignorantia docta’ no que chamei, não é de ontem uma ‘ignorantia docens’ (LACAN, 1953-54/1979, p. 317).¹⁴

Diante disto, podemos argumentar que a análise com neuróticos repousa sobre uma técnica – a associação livre –, que, quando proposta pelo analista, faz surgir em uma

¹⁴ Podemos notar as semelhanças entre as obras de Lacan e Freud no que se refere ao conceito de transferência. Evidentemente que haveriam similitudes, visto que Lacan retorna a Freud para elaborar estes conceitos. O que diferencia os dois autores é o caráter estrutural que Lacan atribui à formalização da transferência no campo da análise, e não apenas fenomênico. E no que se refere à uma ética da posição do analista, os dois autores coincidem perfeitamente: não assumir este lugar no qual o paciente designa o analista, seja pela repetição dos clichês estereotípicos de Freud, seja o SsS de Lacan, além de não se utilizar deste poder de sugestão para fazer uma análise do ego, mas sim para desfazer as resistências e ir de encontro ao material inconsciente, semelhante à ignorância douda de Lacan, oposta à uma ignorância docens.

consequência estrutural nesta relação, o sujeito suposto saber, que por sua vez está permeado por uma ética, que é o desejo do analista.

4.2 O DESEJO DO ANALISTA

De acordo com Rinaldi (1997), se o sujeito suposto saber constitui o ponto de partida da análise, é o desejo do analista que regula tanto seu desenvolvimento, quanto o final da análise. “É a partir dele que o analista pode tombar desse lugar idealizado que lhe é conferido na transferência para ser o suporte do objeto *a*, de onde o sujeito se sente causado como desejante” (RINALDI, 1997, p. 21).

Segundo Miller (1988), o objetivo da transferência na análise é, no final das contas, descobrir que não existe um sujeito suposto saber, e é precisamente essa percepção que constitui o desejo do analista.

A análise de transferência consiste em descobrir que não há, em sentido real, sujeito suposto saber. Isso é o que constitui o desejo do analista, desejo muito singular que Freud localizou em um momento da história, o desejo do analista de não se identificar com o Outro, de respeitar o que Freud, em sua linguagem, chama de a individualidade do paciente, não ser um ideal, um modelo, um educador, e sim deixar espaço para a emergência do desejo do paciente (MILLER, 1988, p. 124).

Voltando ao exemplo do Banquete de Platão, a interpretação de Sócrates ao não atender à demanda de Alcebiades é o que traz à tona uma ilustração do que Lacan chama de desejo do analista. É ao manter o enigma de seu desejo, suspendendo seu desejo pessoal, praticando o desejo do analista, que ele vai permitir ao desejo de Alcebiades, proveniente do lugar do Outro, se manifestar. Dessa forma, o desejo do analista opera uma função essencial que permite a confissão do desejo que pede reconhecimento (RINALDI, 1996).

Para que um analista ocupe o lugar de sujeito suposto saber na transferência sem se investir dele, é preciso que esteja vigorando o desejo do analista. Em outras palavras, é uma estratégia que necessita de uma política, respectivamente (ARANTES, 2007). É a partir disso que o analista pode se colocar como suporte do *objeto a*.

Se faz necessário, neste ponto, conceituar mesmo que de maneira rápida o objeto *a*. De acordo com Suárez (2006), é no Seminário Livro X, *A angústia* (1962-63/2005) que Lacan vai diferenciar o objeto desejado do objeto causa de desejo. A autora explica que nos primeiros ensinamentos de Lacan, principalmente na fórmula da fantasia, o **objeto a** era visto como algo consistente, como aquilo a que busca o desejo. Todavia, a partir do

seminário *A angústia*, Lacan vai derrubar “o engodo da intencionalidade, mostrando que o objeto *a* deve ser concebido não como a visada do desejo, mas como causa do desejo, ou seja, que o verdadeiro objeto de que se trata não está à frente do desejo, porém atrás dele, visto que vem causar o desejo” (SUARÉZ, 2006, p. 3).

Essa conceituação dada ao objeto *a* como causa de desejo, se explica também pela impossibilidade de localizar o desejo na cadeia significante, Segundo Arantes (2007):

O objeto *a* é aquele que, estando fora da cadeia significante, como resto da operação de constituição do sujeito pela ação do significante, a orienta exatamente pelo seu efeito de resto. Ou seja, o objeto *a* como objeto cedível, objeto de troca, faz o sujeito desejar pelo efeito de uma falta, provocando o deslizamento metonímico do desejo, tornando-o, em seu cerne, sempre desejo de outra coisa. (ARANTES, 2007, p. 85)

Em outras palavras, o objeto *a* é um vazio que a pulsão contorna. Não é o objeto do desejo - visto que o desejo é, essencialmente, opaco, resistente a qualquer representação -, mas sim o objeto que falta, o objeto causa do desejo. Segundo Rinaldi (1997), o objeto *a* pode ser pensado como um nada, como um núcleo de não-saber em torno do qual se organiza o desejo. Ou nas palavras de Lacan em *O Seminário, livro X: A Angústia*, (1962-63/2005), é o efeito de resto, como aquilo que é irreduzível em relação ao que lhe é imposto pela marca simbólica, “é esse objeto indeglutível que resta atravessado na garganta do significante” (LACAN, 1962-63/2005, p. 255) justamente porque é impossível de apreendê-lo, e age como função e resíduo.

No Seminário XI (1964/1985), Lacan volta a afirmar: “Por trás do amor dito de transferência, podemos dizer que o que há é a afirmação do laço do desejo do analista com o desejo do paciente” (p. 240). Dessa forma, o desejo do analista é delimitado por Lacan quando o analista falta e faz semblante de objeto, suportando assim a posição de objeto *a*, de causa de desejo. É nesse sentido que o objeto *a* sustenta a metonímia do discurso, a queda do sentido. O analista ocupa a posição de objeto *a* justamente como objeto perdido, trazendo em sua estrutura a função de corte do significante, que por sua vez vai ter como efeito a produção do vazio, do esvaziamento do gozo (ARANTES, 2007, p. 86).

Dessa forma, pode-se concluir que uma vez instalada a transferência e o sujeito suposto saber, o analista não pode assumir essa posição que o analisante lhe investe, mas, ao invés disso, tem que fazer semblante de objeto causa de desejo para sustentar a metonímia do discurso. Segundo Miller (1988), o final da análise também perpassa pela lógica do desejo do analista. Segundo o autor,

Lacan, por seu lado, está muito próximo de Melanie Klein quando ela formula que o final de análise tem um caráter depressivo que mostra, de certa maneira, que deve ser relacionado com a perda do objeto. A perda do objeto, o luto pelo objeto, de que modo é simbolizado na própria psicanálise se não o é pela rejeição, o abandono do psicanalista? (MILLER, 1988, p. 124)

Essa rejeição do analista que deveria acontecer no final de análise, representa a posição que ele deve ocupar como resíduo da operação analítica no final da análise (MILLER, 1988).

Essa renúncia ao domínio, no analista, é então perfeitamente enigmática. Como Freud pôde elaborar, regular esse desejo de não domínio que, podemos dizer, é inédito na história? (...) A grandeza do psicanalista é, no sentido de Lacan, consagrar-se, pelo contrário, a permanecer no lugar de dejetos. (MILLER, 1988, p. 125)

Nesse sentido, o manejo da transferência para Lacan se apoia no desejo do analista, o que pode ser resumido em sustentar a demanda do paciente, sem responder do lugar do sujeito suposto saber, permitindo o deslizamento metonímico do discurso que busca responder o enigma do desejo. O final da análise seria a percepção de que não há um sujeito suposto saber sobre o desejo, pois este é opaco, impossível de se fazer presente na cadeia significante. Dessa forma, destituído da posição de saber, o analista se torna resíduo da situação analítica.

Essa é a concepção de transferência que Lacan elaborou para as neuroses. Para compreender como a transferência ocorre na psicose, é necessário percorrer a obra de Lacan e verificar as particularidades desta estrutura.

5 PSICOSE EM LACAN

Esta parte da pesquisa visou extrair conceitos sobre a psicose na obra de Lacan, com destaque àqueles que estão relacionados à possibilidade ou impossibilidade de transferência. Nesta etapa, decidimos restringir nosso estudo com um recorte específico da clínica lacaniana, sem entrar na teoria dos nós: analisamos o Seminário, Livro 3: *As psicoses* (1955-56/1988), e os Escritos *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1957-58/1998), além disso, trouxemos a visão de outros pesquisadores e comentadores pós-lacanianos sobre esse tema.

Lacan (1955-56/1988) vai comentar o esforço de Freud em construir toda uma sociologia de totens e tabus para explicar o Édipo, e que não o fez para com a intenção de conceber como se originou a sociedade, mas sim para demonstrar como a lei está presente na sociedade desde sempre.

No texto “Totem e Tabu” (1913/1996), Freud apresenta o mito do Pai da Horda Primeva, cujo assassinato precipitou a necessidade de instauração de uma nova lei com o intuito de regular a relação dos homens no acesso às mulheres. Neste mito, o pai morto é transformado em pai simbólico, que passa a representar a lei para organizar a relação entre os membros da horda. Com a introdução do mito, é possível verificar com Freud que a lei que importa não é a lei jurídica, mas aquela que é introduzida pela linguagem, e que vai se articular pela fala dos sujeitos que estão, sob ela, submetidos.

Lacan explica que essa lei que está presente na sociedade desde sempre é uma lei simbólica e, portanto, ela também está sob hipótese de ser aceita (Bejahung) ou rejeitada (Verwerfung). A partir dessa dicotomia, esta simbolização poderá ter uma diversidade de destinos. Como já soubemos por Freud, existe a possibilidade de o psicótico rejeitar alguma simbolização, uma Verwerfung primitiva, ou aceitar esta simbolização, uma Bejahung (LACAN, 1955-56/1988, p. 101). Para Lacan, essa aceitação ou rejeição de uma simbolização primitiva, se refere à castração, de forma que as estruturas neurótica ou psicótica¹⁵ vão se cristalizar de acordo com Bejahung ou Verwerfung da lei proveniente da castração¹⁶.

¹⁵ Neste momento da obra lacaniana, no seminário III.

¹⁶ Estes conceitos vão ser explorados mais detalhadamente no decorrer deste capítulo. Além disso, vale a pena ressaltar como este conceito de aceitação ou rejeição da castração lembra os pontos de fixação libidinal elaborados por Freud. Certamente não são sinônimos, mas ambos tratam de acontecimentos marcantes que se dão no desenvolvimento do sujeito, e serão responsáveis pelas diferentes formações sintomáticas.

Retomando o trabalho de Freud, Lacan (1955-56/1988) afirma que, para Freud, o campo das psicoses se divide em dois, a esquizofrenia (parafrenia) e a paranoia. Lacan recorta que Freud já havia distinguido os mecanismos de defesa entre neuroses e psicoses: no primeiro o recalque (*Verdrangung*) e no segundo a rejeição ou exclusão (*Verwerfung*). Para Freud, essa aceitação ou rejeição se dá para alguma representação que é incompatível com o ego do sujeito, e um mecanismo de defesa contra essa representação é uma retirada libidinal. Enfraquecida, esta representação não tem mais a necessidade de fazer parte de uma cadeia associativa, ou seja, se torna inconsciente.

De outro lado, o conceito de representação (*vorstellung*) – amplamente utilizado por Freud em seus escritos para designar representação objeto, coisa, palavra -, não parecia muito preciso para a teoria que Lacan estava elaborando. Enquanto a palavra “representação” se refere ao mundo das ideias e vem da filosofia idealista, propondo alguma coisa como um entendimento sobre a subjetividade, como uma instância capaz de representação das coisas, Lacan começou a percorrer um outro caminho. Pensando a psicanálise como uma experiência de linguagem, ele começou a pensar o inconsciente como uma rede de significantes, o inconsciente estruturado como uma linguagem, que vai ganhar consistência entre o seminário 1 e 8, quando Lacan dá primazia ao simbólico em detrimento dos outros registros. Mas como assim? O que seria um significante? E do que se trata o simbólico?

Daria Leader (2011) explica o simbólico como um discurso preexistente em uma família, como um sistema de leis - que os antropólogos descobriram em seus estudos -, sobre o parentesco e a organização social. O simbólico é aquilo que nos dá uma posição no mundo, que estabelece limites e coordenadas, e que é transmitido, primordialmente, pela fala. Ele argumenta que normalmente o simbólico é equiparado a linguagem, quando, na verdade, é muito mais que isso. Não é só linguagem, é também lei. Por exemplo, a proibição do incesto é passada de geração em geração. As regras de casamento e herança foram respeitadas pelas antigas sociedades. Todavia, essas leis não estão escritas em lugar nenhum, e mesmo assim as pessoas as obedeciam sem nenhum conhecimento consciente, “o que sugere que o simbólico era um conjunto de sistemas que regia as relações humanas, mas estava, em geral, fora da consciência” (LEADER, 2011, p. 62).

Os antropólogos também perceberam que os elementos do mundo externo (sol, chuva, vegetação) não têm um sentido único e unívoco dentro das diferentes sociedades, mas que são captados por sistemas simbólicos complexos. Por exemplo, animais, o sol, natureza, chuva, todos esses elementos do mundo podem ser interpretados de diferentes

maneiras a depender da cultura que os observa, e as ideias do linguista Ferdinand de Saussure vão exatamente de encontro com essas percepções da antropologia.

Foi da linguística que Lacan tirou a ideia de estrutura, de inconsciente estruturado como uma linguagem. Saussure viu a linguagem como um sistema de elementos diferenciados cujo sentido depende da relação entre eles, ou seja, a palavra não possui um sentido intrínseco, mas só vai adquirir significado quando colocadas em uma rede de oposição. Cada elemento do simbólico só adquire valor em suas relações com outros elementos, e o sistema funciona graças a uma introdução de divisões e diferenças entre eles. Nesse sentido, Lacan propôs que o inconsciente é uma forma social, um efeito das trocas sociais, e essas trocas são simbólicas.

O suporte fundamental do conceito de simbólico foi trazido pelo linguista Saussure, em aulas compiladas em uma obra chamada *Curso de linguística geral* (1916). Nestas aulas, o autor propõe o método estrutural para se estudar a linguagem, baseado no conceito de signo. Lacan define o signo como aquilo que representa algo para alguém, e só adquire sentido dentro de um sistema, ou seja, não tem valor em si, mas somente na sua relação diferencial com outros signos. O signo, na linguística, é dividido entre significante e significado. Significante é a imagem acústica da palavra, enquanto o significado é o conceito atribuído a palavra. O signo, então, une significante e significado, e a relação entre os signos, por sua vez, trazem a significação de uma frase, livro, discurso, etc. Para Saussure, é o significado que tem primazia sobre o significante, que este é somente um som aleatório que foi escolhido para designar aquele significado.

De outro modo, Lacan vai inverter a lógica de Saussure e propor que, na verdade, o significante tem primazia sobre o significado, ou seja, que é a relação entre os significantes que determinam os efeitos de significado e significação. Ele argumenta que não existe uma relação tão fixa entre significante e significado, como já foi percebido na antropologia que citamos anteriormente, cada elemento pode representar diferentes significados dependendo da cultura que os presencia. Dessa forma, Lacan concluiu que aquilo que forma a linguagem são os significantes, e cada um terá uma carga libidinal, ou um sentido, para cada sujeito. É com os significantes que o inconsciente vai ter que lidar, e é através da ligação entre significantes, dessa rede de significantes - inconsciente -, que o sentido vai deslizar.

Voltando ao tema de aceitação ou rejeição de um significante, Lacan argumenta que isto que é rejeitado pelo psicótico é exatamente a ameaça à castração, que de uma

outra maneira, pode ser lida como uma rejeição da lei, uma lei que é transmitida através do simbólico.

Pode acontecer que um sujeito recuse o acesso, ao seu mundo simbólico, de alguma coisa que, no entanto, ele experimentou e que não é outra coisa naquela circunstância senão a ameaça de castração. Toda a continuação do desenvolvimento do sujeito mostra que ele nada quer saber disso, Freud o diz textualmente no sentido do recalcado. (LACAN, 1955-56/1988 p. 21)

O que cai sob o golpe do recalque retorna, pois o recalque e o retorno do recalcado são apenas o direito e o avesso de uma mesma coisa. O recalcado está sempre aí, e ele se exprime de maneira perfeitamente articulada nos sintomas e numa multidão de outros fenômenos. Em compensação, o que cai sob o golpe da Verwerfung tem uma sorte completamente diferente. (...) Tudo que é recusado na ordem simbólica, no sentido da Verwerfung, reaparece no real (IDEM, p. 22).

Talvez com essa argumentação possamos responder à pergunta que fizemos no capítulo sobre a psicose em Freud, de por que um sujeito acaba realizando uma defesa psicótica (rejeição) ao invés de uma neurótica (recalque). Lacan explica que a psicose surge no momento em que alguma coisa que nunca pôde ser primitivamente simbolizada surge no mundo exterior para o sujeito que se vê incapaz de realizar a negação (Verneinung) desse acontecimento. O psicótico é incapaz de utilizar o mecanismo do recalque justamente porque a lei simbólica que deveria ter se instaurado, foi, ao invés disso, foracluída do registro simbólico do sujeito, de modo que o mecanismo de defesa, então, é a foraclusão. Este significante primordial que é foracluído pelo psicótico – que caiu sob o golpe da Verwerfung -, Lacan nomeou como o **nome-do-pai** (LACAN, 1955-56/1988).

Sendo assim, é através da linguagem (significantes) que o simbólico entra no real do corpo e organiza a libido pela inscrição de uma lei. É essa lei simbólica composta por um significante primordial que Lacan se refere quando chama o nome-do-pai. É através do simbólico que ocorre a transmissão das normas e das leis entre as gerações. Que são passados os ensinamentos de pais a filhos sobre o que comer, o que vestir, o que fazer, onde e quando defecar. Tudo isto tem relação com o corpo e com a economia libidinal, que Freud considerou como uma energia sexual do corpo, e parte do desenvolvimento do indivíduo consiste em canalizar e reestruturar essa libido da excitação corporal. O simbólico também entra com esta tarefa, ele cerceia o corpo, retira a libido, e quanto mais libido é modelada de acordo com as leis, mais fácil é para o ser humano viver em sociedade, e, conseqüentemente, fazer laços sociais.

É pela presença ou ausência do nome-do-pai que Lacan vai sustentar a distinção entre neurose e psicose, de modo que a presença deste operador indica uma neurose,

enquanto o nome-do-pai foracluído indica uma psicose. Lacan chega a afirmar que “uma neurose sem Édipo, isso não existe” (LACAN, 1955-56/1988, p. 229), o que nos indica que essa rejeição ou aceitação, novamente, está diretamente relacionado com a saída que o sujeito encontra para a castração. Dessa forma, Lacan deduz que, nas psicoses, há um buraco no nível do significante, resultado da rejeição do significante ordenador do nome-do-pai.

Além dessa concepção significante de introdução de uma lei, também podemos observar essa função do pai no complexo de Édipo por uma outra perspectiva: como uma metáfora que interdita o excesso de gozo, barrando o desejo incestuoso através da ameaça a castração. Na teoria lacaniana, o autor retira o pai de uma concepção unicamente imaginária, mostrando que sua função não é simplesmente consequência de uma forma cultural, da presença ou ausência de um pai real. Mais que isso, a introdução do nome-do-pai trata-se de uma necessidade lógica da cadeia significante, porque o nome-do-pai entra como metáfora paterna que toma o lugar do desejo da mãe, e dessa forma atua como suporte da lei simbólica e possibilita a interdição do gozo. “Em outros termos, a metáfora paterna apresenta uma operação de substituição de significantes” (HANNA, 2018, p. 61).

Para compreender de forma mais clara do que se trata este operador do nome-do-pai, Lacan constrói a fórmula da metáfora paterna, baseado no significante Nome-do-Pai (NP) e o Desejo da Mãe (DM). (LACAN, 1957-58/1998, p. 563)

$$\frac{\text{Nome-do-Pai}}{\text{Desejo da Mãe}} \cdot \frac{\text{Desejo da Mãe}}{\text{Significado para o sujeito (x)}} \rightarrow \frac{\text{Nome-do-Pai (A)}}{\text{Falo}}$$

Pode-se observar que esta fórmula é composta pelo nome-do-pai (NP), que substitui o significante do desejo da mãe (DM), trazendo com isso um significado para o sujeito acerca do desejo do Outro, que é uma significação dada pelo falo.

O desejo materno é um significante que funciona de forma binária, que representa o ir e vir da mãe, ou seja, sua presença e sua ausência. Este ir e vir é um enigma que a criança tem de elaborar, representado pelo Fort-Da de Freud. Essa mediação entre mãe e criança, segundo Chaves (2012), não se produz sozinha, de modo que é necessária a intervenção de um terceiro que introduza a lei da interdição, capaz de barrar a criança deste lugar imaginário onde ela se encontra como falo da mãe. O terceiro que faz essa função é o nome-do-pai, que entra no lugar do Outro (A) conferindo uma outra significação fálica ao enigma do Desejo da Mãe¹⁷.

¹⁷ Isto explica o trecho citado acima, que o nome-do-pai interdita o excesso de gozo. O faz na medida em que insere o sujeito na linguagem (a palavra mata a coisa), além de dar uma significação metafórica para o

O resultado desta metáfora paterna, ou seja, o nome-do-pai fazendo metáfora para o desejo da mãe, indica que o lugar do enigma e do gozo é significantizado e mediado pelo falo. Isso permite que a criança se desloque de objeto de desejo da mãe, para se constituir como sujeito desejante. Além disso, “tal deslocamento quer dizer também que o DM se encontra em outro lugar e que a mãe, por sua vez, também é submetida à lei” (CHAVES, 2012, p. 41). Em outros termos, a metáfora paterna instaura a lei na medida em que interdita o incesto-gozo através da “substituição significativa, o que permite situar o surgimento do sujeito no Outro, a partir da significação do falo” (HANNA, 2018, p. 62).

Sintetizando, podemos dizer que o Nome-do-Pai, enquanto suporte da lei simbólica, tem como função inscrever a lei que interdita o gozo através do jogo dos significantes, dentro os quais destaca um, o falo, que introduz, no lugar do Outro, o desejo e sua dialética. É o pai que se apresenta como condição de possibilidade de um funcionamento do Outro, no qual designa o falo como significante do desejo que articula o enigma do Desejo da Mãe (HANNA, 2018, p. 64).

Antes da introdução deste terceiro na relação mãe-criança, a criança se encontra num lugar de a-sujeito, que depende do capricho do Outro materno. A formação da estrutura neurótica ou psicótica na criança vai ter relação com a introdução do NP como mediador nessa relação. Se isto ocorre, o NP surge enunciando uma lei que priva a mãe de seu objeto de desejo, ou seja, libera a criança de ficar à mercê do capricho do Outro.

Dessa forma, o NP tem como resultado a emergência da significação fálica, permitindo que o sujeito dê significação aos seus significantes, atuando como ponto-de-basta (CHAVES, 2012). Ou seja, é uma necessidade lógica da ordem simbólica que produz uma detenção no deslizamento metonímico da cadeia. Assim, Lacan pode afirmar que “O pai é, no Outro, o significante que representa a existência do lugar da cadeia como lei. Ele se coloca, acima desta” (LACAN, 1957-58/1999 p. 222)

5.1 MOMENTO FECUNDO

A não inscrição do NP, como vimos, resulta em uma estrutura psicótica, visto que sem esse organizador simbólico, ao invés de recalcar algum fato do mundo externo que não pode ser aceito pela consciência, o psicótico vai foracluir este fato, que tende a

desejo da mãe, possibilitando ao sujeito se retirar da posição de falo da completude materna, retirando-se da posição de objeto desejado, para sujeito desejante.

retornar no real. Este retorno tem, por consequência, a produção de sintomas diferentes daqueles encontrados na neurose, como já vimos em Freud, e agora em Lacan.

Todavia, nem todos que foracluíram o significante nome-do-pai vão apresentar sintomas psicóticos. Darian Leader (2011) traz o termo loucura silenciosa para caracterizar essas pessoas que são loucas, mas nunca enlouqueceram. Ele comenta que muitos psiquiatras do século XIX chegaram à conclusão de que a maioria dos casos de psicose passavam por toda vida despercebidos, vivendo uma rotina normal, em sociedade, e nunca chegavam a apresentar os sintomas característicos da psicose. Essa caracterização nos faz lembrar do caso de Schreber, que só se mostrou doente, de fato, em uma idade tardia de sua vida¹⁸. Diante desta argumentação, surge uma pergunta interessante: se um sujeito psicótico pode viver toda sua vida sem apresentar os sintomas positivos da psicose, por que um outro sujeito desencadeia uma psicose mais grave? O que causa o desencadeamento psicótico?

Vamos tomar Schreber como exemplo e fazer uma distinção entre o desencadeamento freudiano e lacaniano, que apesar de semelhantes, comportam uma diferença radical. Freud considerava que todos os casos de paranoia deviam ter como origem a irrupção de um impulso homossexual que não pôde ser aceito pela consciência, e por conta dos pontos de fixação correspondentes à pacientes psicóticos, foi rejeitado (*verwerfung*) da consciência, e retornou no real. Também é curioso o fato de Freud ter sublinhado que foi justamente em um período no qual a mulher de Schreber esteve ausente por alguns dias, que esse desejo homossexual apareceu para o paciente de forma irrevogável, o que, para Freud, demonstrava como a esposa exercia para o paciente uma espécie de “efeito protetor” (FREUD, 1911/1996, p. 44) contra esses desejos.

Por outro lado, para Lacan, aquilo que leva a um desencadeamento psicótico não tem as mesmas origens que Freud propôs. Retomando as elaborações freudianas sobre o desencadeamento de Schreber, Lacan reconhece que algo da homossexualidade está presente em pacientes paranoicos, mas não por conta de uma escolha objetal do mesmo sexo – como Freud explicou por conta de uma fixação libidinal narcísica -, mas por uma posição de ser objeto do Outro, à mercê da vontade do Outro, uma vez que a operação

¹⁸ Neste sentido, estamos pensando no conceito de estrutura psicótica, ou seja, um sujeito constituído por uma estrutura psicótica – que tem a ver com a estruturação do inconsciente como linguagem, com o significante do nome-do-pai foracluído -, sem nunca ter apresentado sintomas psicóticos. Esta noção de estrutura é um conceito lacaniano que, todavia, não vai em desacordo com Freud, visto que este autor já havia falado sobre os pontos de fixação libidinal formados num estágio pré-edípiano que resultam em diferentes mecanismos defensivos.

fállica do nome-do-pai, que serve como terceiro na relação dual com a mãe, não se constituiu.

Então o que é responsável pelo desencadeamento psicótico, para Lacan? O surto vai ser dar precisamente quando há a invocação simbólica do nome-do-pai foracluído, quando algum acontecimento na vida do sujeito faz apelo a um significante que falta, quando “há um buraco correspondente no nível da significação, do significado” (LEADER, 2011, p. 211). A forma mais comum que o desencadeamento assume está relacionado com uma experiência sexual, com sentimento de amor, ou de ser amado (objeto de interesse de alguém), o que explica a maioria dos casos de psicose ser desencadeado na adolescência. Todavia, isto não está relacionado com o ato sexual em si, ou com a sexualidade, mas com a invocação de um significante que o sujeito não possui, o que impossibilita que uma determinada situação seja simbolizada, significada. Isto quebra a cadeia significante do sujeito e vai exigir todo um remanejamento para tentar contornar esse vazio de sentido que surgiu.

Enquanto a neurose seria uma fuga, evitação de um conflito com a realidade, a psicose seria a substituição de um buraco na realidade por uma emenda criada pelo sujeito. Neste sentido, Lacan vem combatendo Kraepelin e a psiquiatria de sua época quando diz que as causas de formação delirante não são internas, mas sim externas. Que sempre há algum elemento emocional na vida do sujeito, que se liga as suas relações externas, o qual o sujeito não consegue simbolizar. Esse momento de ruptura, de algo que acontece na vida exterior do sujeito, Lacan dá o nome de momento fecundo.

Retomando precisamente às palavras de Lacan (1957-58/1998), ele esclarece que existem elementos indispensáveis para seu desencadeamento:

Para que a psicose se desencadeie, é preciso que o Nome-do-Pai, *verworfen*, foracluído, isto é, jamais advindo no lugar do Outro, seja ali invocado em oposição simbólica ao sujeito.

É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar que, pelo furo que abre no significado, dá início à cascata de remanejamento do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante.

Mas, como pode o Nome-do-Pai ser chamado pelo sujeito no único lugar de onde poderia ter-lhe advindo e onde nunca esteve? Através de nada mais nada menos que um pai real, não forçosamente, em absoluto, o pai do sujeito, mas Um-pai.

É preciso ainda que esse Um-pai venha no lugar em que o sujeito não pôde chamá-lo antes. Basta que esse Um-pai se situe na posição terceira em alguma relação que tenha por base o par imaginário *a-a'*, isto é, eu-objeto ou ideal-realidade (LACAN, 1957-58/1998, p. 584).

Em outras palavras, Darian Leader (2011) coloca que nós habitamos um mundo de significações, e que os objetos e acontecimentos desse mundo são mediados, para nós, por processos simbólicos. Diante disto, nós devemos estar aptos a simbolizar os acontecimentos que nos ocorrem, as novas posições que tomamos ao longo da vida, mudanças de papéis e funções. É exatamente quando esta estrutura simbólica fracassa, que o surto psicótico pode ser desencadeado, e ela fracassa nos casos em que o nome-do-pai não foi inscrito, que a castração simbólica não foi aceita, que a lei simbólica não se instaurou na estrutura do discurso do sujeito.

Novamente retornando a Schreber, Freud acreditava que o conflito deste paciente tinha relação com uma homossexualidade rejeitada. Por sua vez, Lacan interpretou que o surto de Schreber foi desencadeado quando ele foi invocado a assumir uma nova coordenada simbólica, para a qual ele não dispunha das ferramentas necessárias - o significante nome-do-pai. Esta nova estrutura socio simbólica que desencadeou o surto foi a nomeação para o cargo de juiz-presidente da Corte de Apelação de Dresden, um cargo que ele já vinha almejando há muito tempo, que exigia muita responsabilidade e no qual seus pares eram, em média, 20 anos mais velhos que ele. Esta nova posição social o retirou de um mundo no qual ele se encontrava entre pares imaginários com os quais ele se identificava, e o jogou em um novo espaço, portador de um peso simbólico o qual ele não dispunha de uma significação para dar sentido e sustentar.

A impossibilidade de dar sentido à esta nova condição, este apelo à função simbólica paterna que estava ausente, em Schreber, desencadeou sua psicose. Ele passou a ter problemas com o sono, ouvir ruídos, e neste momento também teve os impulsos de desejo homossexual tão acentuados por Freud em sua leitura do caso. Neste ponto, tudo começou a desmoronar para Schreber, tanto no que diz respeito ao simbólico, sobre o significado dos acontecimentos no mundo, quanto com relação ao imaginário, se tratando do corpo do paciente, que passou a se sentir invadido por raios, torturado, vítima da vontade divina, dilacerado, etc.

Retornando a nossa complicada tarefa de distinguir características da paranoia e da esquizofrenia, podemos dizer que a causa do desencadeamento psicótico é a mesma nesses dois tipos clínicos¹⁹, a invocação de um significante primordial que não foi inscrito. Todavia, a não inscrição do NP não resulta sempre os mesmos efeitos. Segundo

¹⁹ Considerando somente a primeira tópica lacaniana, com limite em sua teoria sobre a psicose até o *Seminário III* (1955-56/1998), e seu escrito suplementar *De uma questão preliminar...* (1957-58/1998) sem se atentar à teoria dos nós e suas diferentes possibilidades de amarração e suplência.

Miller em *Des-sentido para as psicoses!* (1996), a metáfora paterna serve como articulação entre a função do pai e a castração. “Ela divide as duas vertentes do significante e do significado: o significante do pai (nome-do-pai), o significado do falo (o significante imaginário, negativizado da castração)” (MILLER, 1996, p. 167).

Em outras palavras, podemos argumentar, com Leader (2011), que a castração tem três resultados básicos: 1. estabelecer uma significação (a princípio com relação ao desejo da mãe, chamada de metáfora paterna, que dá sentido e organiza a cadeia significante), 2. Localizar a libido do corpo (que tem relação com o imaginário, com a organização corporal) e 3. Estabelecer uma distância do Outro, afastando a criança de objeto exclusivo da mãe (conferindo-lhe um lugar no mundo, uma posição de sujeito).

Sendo assim, a ausência do significante nome-do-pai pode se pronunciar nessas três áreas da subjetividade do sujeito: sentido, libido e distância do Outro. Analogamente à essas considerações, sem que esta comparação tenha sido efetivamente formulada pelos autores, podemos relacionar os fenômenos elementares da psicose com essa *verwerfung* do nome-do-pai. Miller, em sua obra *Lacan Elucidado* (1997), vai retomar a tese lacaniana²⁰ e argumentar que os fenômenos elementares da psicose são fenômenos que podem anteceder o delírio e o desencadeamento de uma psicose, são a “assinatura clínica” de uma estrutura psicótica. São eles:

1. Fenômenos de automatismo mental, que correspondem às vozes, a irrupção de discursos alheios na esfera mais íntima do sujeito. Podemos corresponder esses fenômenos elementares com a impossibilidade de formular uma distância segura do Outro, que se mostra invasivo, perseguidor, ameaçador, que atesta a posição subjetiva do psicótico como objeto do Outro.
2. Fenômenos de automatismo corporal, sensações de estranheza, desmembramento ou decomposição do próprio corpo. Também pode se manifestar como uma distorção temporal no percebimento do tempo e espaço. Esse fenômeno elementar corresponde à localização da libido no corpo.
3. Fenômenos concernentes ao sentido e a verdade, não abstrações, nas coisas efetivas da experiência analítica. Quando o paciente testemunha experiências inefáveis, inexprimíveis, ou de certeza absoluta. Além disso, sensações sobre a identidade e hostilidade de um estranho. Falando de outra maneira, é quando o paciente pode ler signos no mundo, e esses signos dizem respeito a ele,

²⁰ Que, por sua vez, conversou com a teoria de Clérambault sobre os fenômenos elementares.

significam, passam uma mensagem para ele, mesmo que ele não saiba muito bem do que se trata. Este fenômeno elementar, por sua vez, quer dizer da relação entre significante e significado, da organização simbólica que não é permeada por uma lei, cuja cadeia associativa por vezes vai se mostrar muito rígida, e em outras muito frágil. (MILLER, 1997)

Miller ainda propõe que o fenômeno elementar representa para a psicose o que a formação do inconsciente representa para a neurose. Retomando a fórmula da metáfora paterna, Miller explica que o resultado da inscrição do NP é uma resposta ao enigma do sujeito sobre o DM, que pode ser representada pela associação de S₁ com S₂, a partir do qual, retroativamente, S₁ adquire uma significação. Todavia, por conta da não inscrição do NP para o psicótico, não houve a instauração de um S₂, o que resulta em uma ruptura da cadeia significante. Desta forma, Miller retoma a ideia de momento fecundo da psicose, colocando a estrutura do fenômeno elementar como uma tentativa de continuidade para a cadeia significante que foi rompida por este evento de impossível significação para o psicótico. (MILLER, 1997).

Diante disto, podemos perceber que a não inscrição do nome-do-pai pode trazer diversas consequências para o sujeito, cuja primeira manifestação vai se dar pelos fenômenos elementares. Neste sentido, a esquizofrenia e paranoia se assemelham por não terem inscrito em sua estrutura simbólica o nome-do-pai, mas por outro lado diferem na predominância de diferentes fenômenos elementares, como veremos a seguir, que seguem a lógica da ausência do falo para regular o sentido, a libido do corpo ou a proximidade do Outro. Dessa forma, suas tentativas de cura e possibilidades transferenciais também vão ser distintas.

5.2 PARANOIA E ESQUIZOFRENIA

A partir deste ponto, vamos tentar a todo momento separar paranoia de esquizofrenia, tanto com relação aos fenômenos elementares que mais comumente se mostram em cada uma delas, quanto nas suas possibilidades de estabilização. Todavia, como já havíamos citado em Freud, esse esforço em diferenciar tipos clínicos é muito mais didático e teórico do que prático, pois o que a clínica nos mostra é, na verdade, uma mistura muito grande de sintomas, e realizar um diagnóstico diferencial na psicose às vezes pode ser bastante complicado.

É curioso notar como, tanto em Freud quanto em Lacan, a paranoia foi o tipo clínico mais abordado em comparação com a esquizofrenia. Isto se deu, provavelmente, por conta das diferentes capacidades transferenciais dessas duas afecções, pois, como já vimos com Freud, a esquizofrenia está tão desligada do mundo externo que o contato com o terapeuta se faz insuficiente para o trabalho analítico. Um outro motivo plausível para esta abordagem mais ampla da paranoia se deve à incerteza e multiplicidade de sintomas que caracterizariam a esquizofrenia trazidos pelos DSM e pela psiquiatria à época de Lacan, de modo que o autor sempre se referia à esta estrutura psíquica como “a dita esquizofrenia”, ou “a chamada esquizofrenia”, apontando para sua incerteza diagnóstica na medicina contemporânea.

Por estes motivos, ou outros não abordados, percebemos que tanto a obra freudiana quanto a lacaniana tratam de forma mais abrangente o estudo da paranoia, um tipo clínico que Freud já identificou ter uma relação com uma fixação libidinal narcísica, em contraste com a fixação libidinal auto erótica da esquizofrenia. Não obstante, vamos ver o que Lacan e a psicanálise que o sucedeu têm a dizer sobre a diferenciação desses dois tipos clínicos no que se refere à estrutura da linguagem.

5.3 PONTO DE BASTA

Como vimos em Freud, Schreber é um paciente que transita entre a esquizofrenia e a paranoia. Em um primeiro momento, foi acometido por um quadro com sintomas mais característicos da esquizofrenia, mas com o passar do tempo, através de uma construção delirante, seus sintomas físicos foram dando espaço para toda uma teoria sobre o mundo, o que o colocava, agora, numa posição mais próxima à paranoia. De qualquer forma, podemos observar que Schreber adoeceu em meados de 1893, quando o mundo começou a lhe parecer estranho, os fatos que ocorriam a sua volta pareciam esquisitos, como que desalinhados. A ideia, tão alheia a sua natureza, de ser uma mulher submetendo-se ao coito, começou a perturbá-lo em conflito com sua virilidade, e algumas semanas depois os fenômenos corporais se tomaram destaque: um corpo que começou a sofrer transformações, e sensações de volúpia que o faziam ejacular repetidamente durante a noite.

Nesta pequena narrativa do caso de Schreber, podemos observar como ele apresenta os três fenômenos elementares descritos acima: o mundo começou a lhe parecer estranho, por vezes o significado sumia, em outras assumia uma certeza. Depois os

fenômenos de automatismo mental, ouvia vozes, sussurros, sons bizarros. Por último os fenômenos de automatismo corporal, as sensações de volúpia, que depois se transformaram em verdadeiras torturas de dilaceramento.

Os fenômenos que vamos abordar em primeiro lugar, são esses concernentes ao sentido e a verdade, que se mostram frequentes tanto para esquizofrênicos quanto para paranoicos, e tem a ver, precisamente, com a relação entre significante e significado, que fica comprometida para o psicótico por conta da não inscrição do nome-do-pai.

A explicação para este raciocínio gira em torno do nome-do-pai que assume um papel de metáfora paterna para o desejo da mãe. As idas e vindas da mãe causam um enigma para a criança: o que ela deseja, onde ela vai, o que sou eu para ela? Quando há a inscrição do nome-do-pai, este serve como uma resposta para este enigma. Nas palavras de Miller (1997), um S₂ que dá sentido retroativo a um S₁. Nas palavras de Darian Leader (2011), essa metáfora paterna vai servir como uma colagem do significante com o significado. Nas palavras de Lacan (1955-56/1988), um ponto de basta.

Lacan (1955-56/1998) vem se questionando sobre as vozes que retornam sobre o psicótico. O sujeito psicótico ouve em sua orelha o que ninguém mais ouve. Isto existe, ou não existe? Evidentemente que não, é uma alucinação, mas isto basta? Lacan questiona a teoria que ele mesmo propôs e que estava sendo disseminada na comunidade acadêmica.

Essa concepção maciça da realidade redundava numa explicação bem misteriosa sustentada pelos analistas, segunda a qual uma suposta recusa em perceber provoca um buraco, e que surge então na realidade uma pulsão rejeitada pelo sujeito. Mas por que aparecerá nesse buraco alguma coisa de tão complexo e arquitetado quanto a fala? É o que não se diz (LACAN, 1955-56/1988 p. 300).

Neste sentido Lacan vem se perguntando sobre a relação de significante e significado, e por que o psicótico ouve em sua orelha um discurso que é seu, mas que não reconhece sua autoria? Se há um significante que surge para o psicótico, mas dele não é depreendido nenhum sentido e nem autoria, então certamente este significante não está ligado com seu significado. Para este afrouxamento da relação entre significante e significado, comum às psicoses, Lacan vai elaborar o conceito de ponto de basta, que também é um resultado da castração, do complexo de Édipo, que está ausente na psicose. É o ponto de basta entre significante e significado, que une esses dois e provê sentido.

É por conta da ausência desse ponto de basta que significante e significado podem se apresentar, para o psicótico, de maneira totalmente dividida. Seguindo os ensinamentos de Clérambault, Lacan argumenta que a recordação de momentos muito marcantes, de humilhação, ruptura, cólera, são os mais propícios para o surgimento de frases

automáticas, o que estávamos falando do fenômeno elementar de automatismo mental. A emergência puramente automática de trechos de frases sem nenhuma espécie de significação, surgem para o psicótico justamente porque lhe falta o ponto de basta entre significante e significado, provido pelo nome-do-pai como organizar da cadeia simbólica.

Sendo assim, podemos argumentar que a não inscrição do nome-do-pai resulta numa não simbolização metafórica sobre o desejo da mãe, o que pode ocasionar, na psicose, um descolamento entre significante e significado, o que originariam tanto os fenômenos concernentes ao sentido e a verdade, quanto os de automatismo mental.

Como vimos em Schreber, um de seus primeiros sintomas foi notar que algo estava errado no mundo. Prova disso é que, em primeiro lugar, ele foi ao médico acreditando haver algo de errado com ele, como um sintoma hipocondríaco. Em seguida, começou a ter pensamentos homossexuais, completamente opostos ao seu padrão de vida e virilidade. Em seguida começou a perceber que o mundo estava fora de esquadro. Essas sensações de estranheza são provenientes de um descolamento entre significante e significado, que se descolou em um momento fecundo, de ruptura, no caso de Schreber, a nomeação para seu novo cargo no tribunal.

Diante desse acontecimento, o qual ele não tinha suporte simbólico para lidar, em conjunto com a ausência de sua esposa – que tirou uns dias de férias após uma pequena cirurgia – que lhe servia como uma suplência para os acontecimentos do mundo, a invocação de um significante primordial, que ele não possui, causou um furo na cadeia significante. Com relação ao furo no significado, Lacan coloca que essa irrupção no real de algo que o sujeito nunca conheceu, que o é totalmente estranho, vai acarretar progressivamente em uma “submersão radical de todas as suas categorias, até força-lo a um verdadeiro remanejamento de seu mundo” (LACAN, 1955-56/1988, p. 105).

Quando isto ocorre, a relação entre significante e significado pode ficar prejudicada, e o mundo externo do sujeito começa a perder o sentido. É por esse motivo que os pacientes psicóticos levam a linguagem tão a sério, é uma tentativa de reestabelecer o sentido perdido, de ligar novamente significante e significado. Freud já havia percebido este interesse dos psicóticos pela linguagem em 1915, em sua obra *O Inconsciente*, na qual ele explica que o inconsciente é regido pelo processo primário, ou seja, permite contradições, e é repleto de condensações e deslocamentos. Analogamente ao inconsciente, ele argumenta que na psicose - mais comum na esquizofrenia -, o discurso, as palavras também são regidas pelo processo primário, pois também podem ser contraditórias, além de apresentar deslocamento e condensação em grande quantidade:

Na esquizofrenia, as palavras são submetidas ao mesmo processo que forma as imagens oníricas a partir dos pensamentos oníricos latentes, que chamamos de processo psíquico primário. Elas são condensadas e transferem umas para as outras seus investimentos por inteiro, através do deslocamento. O processo pode ir tão longe que uma única palavra, tornada apta para isso mediante múltiplas relações, assume a representação de toda uma cadeia de pensamentos (FREUD, 1915/1996, p. 105)

Este fato fica ainda mais interessante, pois Freud considerava que a repressão nas neuroses é uma recusa de ligação entre a palavra e a coisa. Esta recusa é efetuada pelo pré-consciente, que tem o trabalho de barrar uma representação inconsciente não possibilitando a ela encontrar uma palavra adequada para representa-la, de forma que a representação, não sobreinvestida de sua palavra, permanecia inconsciente. Além disso, lendo a obra de Schreber, Freud percebeu que os psicóticos têm “a peculiaridade de revelar aquelas coisas que outros neuróticos mantêm escondidas como segredo” (FREUD, 1911/1998, p. 23), o que indica que o processo repressivo na psicose se dá de maneira diferente que na neurose, como se não houvesse uma barreira entre inconsciente e consciente. Uma das conclusões que Freud tirou desses raciocínios, é que uma das tentativas de cura do psicótico - no que se refere a retornar libido para os objetos antes abandonados -, é investir libido nas palavras, que deixam de ser tomadas como representações, e passam a ser vividas como a coisa ela mesma, por isso que esses pacientes exprimem uma peculiaridade em sua fala.

Seja como for, a teoria freudiana dando primazia à fixação libidinal, ou a teoria lacaniana com a importância que ele dá para as relações de significante e significado, podemos ver que a fala, a linguagem, tem uma função especial para a psicose. Enquanto o neurótico recebe a significação de bandeja - por meio do recurso a uma ficção normativa no qual a metáfora paterna significa o desejo da mãe -, o psicótico está o tempo todo trabalhando, inventando maneiras de colar significante com significado, e as vezes, ao contrário, inventando formas para afrouxar uma significação que se tornou fixa demais.

5.4 RETORNO DA LIBIDO

Uma pergunta que venho me fazendo há meses com relação à Freud, é que ele explica que no mecanismo de defesa psicótico, a rejeição, o sujeito rejeita tanto a representação inaceitável quanto sua libido correspondente para fora da consciência. Posteriormente, essa ideia rejeitada retorna para o sujeito, de fora, por projeção ou

alucinação. O que eu não conseguia compreender de forma nenhuma é: e a libido rejeitada, vai para onde?

Isto nos introduz para o próximo assunto dessa pesquisa, que se trata do problema da localização da libido no psicótico. Por conta dos efeitos da castração, a libido do neurótico está sempre ligada a algum sentimento de perda. Como vimos anteriormente, o *objeto* a surge neste contexto como algo fugaz, que nunca atinge o alvo, que foge ao alcance do sujeito. Por outro lado, observando Schreber, podemos perceber que a libido ocupa duas posições distintas de acordo com o momento de sua doença. Em um primeiro momento, a libido retorna no corpo, que produz as várias sensações de dilaceramento, ou volúpia, ou invasão. Em um momento posterior, a libido se localiza fora de si, em um Outro perseguidor, no caso de Schreber, a libido se localizou no médico Flechsig, simultaneamente com um Deus que o colocava a prova, e mais pra frente, depois que o delírio se concretizou, a libido se localizou numa ordem do mundo, que ele precisaria reestabelecer.

Dessa forma, vimos que a libido pode se localizar de duas maneiras distintas na psicose: na esquizofrenia, a libido se localiza no corpo, de onde surgem os fenômenos de automatismo corporal e mental. Na paranoia, a libido se localiza em um Outro, que vai tomar a forma de perseguidor, amante, etc., o que corresponde à alguns fenômenos concernentes ao sentido e à verdade e também ao automatismo mental, e que não são exclusivos da paranoia, na verdade, e também surgem na esquizofrenia.

Vale a pena retomar um assunto já abordado na parte da psicose em Freud, que os pacientes psicóticos raramente apresentam sintomas exclusivamente paranoicos, ou exclusivamente esquizofrênicos. Na maioria dos casos, os sintomas desses dois tipos clínicos se misturam, um paciente pode apresentar alucinações visuais, ao mesmo tempo que elaborou todo um discurso sobre um suposto perseguidor. Mas então no que consiste um diagnóstico de esquizofrenia ou de paranoia? Um dos fatores que pode auxiliar neste diagnóstico é justamente a questão da localização da libido.

Somando-se o raciocínio de Freud (1911/1996) e Coutinho Jorge (2010), podemos observar que primeiro, em Freud, o esquizofrênico tem a tendência a retornar a um ponto de fixação libidinal auto erótico, que constitui uma fase anterior ao narcisismo. Por sua vez, Jorge argumenta que o esquizofrênico, diferente do paranoico - além dessa diferença com relação à fase de fixação libidinal -, nunca entrou no estágio do espelho, o que impossibilita a esses pacientes formarem uma unificação corporal imaginária. De outro

lado, o paranoico situou-se em um ponto de fixação libidinal narcísico, e segundo Jorge, passou pelo estágio do espelho, o que possibilita uma unificação corporal.

Retornando agora a Darian Leader (2011), ele argumenta que a libido do esquizofrênico invade seu corpo, que podemos tomar por exemplo Schreber e seus nervos de volúpia. Não tendo passado pelo estágio do espelho, o corpo do esquizofrênico carece de uma unificação imaginária, de modo que permanece fragmentado. Essa fragmentação é justamente o que explica porque o corpo da esquizofrenia é invadido por um excesso, enquanto na neurose isto não ocorre. Ele é invadido porque não possui borda, contorno nem limites, o que Jorge (2010) chama de corpo espedaçado. Retornando agora a Freud, o psicótico rejeita uma representação insuportável em conjunto com sua libido correspondente. A representação retorna para o sujeito proveniente do exterior, e a libido? No caso da esquizofrenia, essa libido recai sobre este corpo sem contorno, sem barreiras, e causa os mais variados fenômenos de automatismo corporal, que vimos com Miller (1997).

Retornando à paranoia, Jorge (2010) argumenta que esses pacientes passaram pelo estágio do espelho, e seu corpo é unificado, integrado, de modo que os fenômenos corporais não são tão frequentes como na esquizofrenia. Por outro lado, percebemos na paranoia uma tendência à criação de construções delirantes que permeiam sua realidade. Após o surgimento de sintomas corporais tão fortes em Schreber, o que ficou mais flagrante em sua loucura era o fato de que ele acreditava estar sendo usado por Deus e por seu médico Flechsig, que ele tinha uma missão no mundo. Sendo assim, voltando ao raciocínio de Darian Leader, é possível argumenta que, ao invés de recair sobre o corpo, a libido rejeitada pelo paranoico recai sobre um Outro, o qual ele vai encarar como perseguidor, amante etc.

Já vimos com Freud de que forma o terapeuta pode tomar o lugar de perseguidor. É por um processo transferencial, cujo conteúdo rejeitado tem sua forma alterada, assim como sua autoria. De qualquer forma, a localização da libido ainda vai se dar de maneira diferente que na neurose, pois o neurótico vive com o sentimento de falta, em busca de um objeto perdido, talvez nunca encontrado, enquanto o paranoico sabe o que está de errado no mundo. Suas frustrações, ao invés de causarem uma dúvida, como na neurose, já são preenchidos por uma certeza. Com Schreber, por exemplo, havia uma ordem do mundo a ser restaurada, uma nova população teria de ser criada, mas para isso ele estava sendo submetido às mais variadas torturas.

Com isto já podemos traçar duas diferenças importantes entre esquizofrenia e paranoia. A esquizofrenia tem uma dificuldade muito grande em colar significante e significado, de forma que o mundo lhe parece sem sentido, fora de esquadro, o que tem relação com uma ausência para a resposta sobre o desejo da mãe. Além disso, pelo fato de não ter entrado no estágio do espelho, a libido solta de seu sentido correspondente, retorna sobre o corpo espedaçado do esquizofrênico, trazendo os mais variados fenômenos de automatismo corporal. De outro lado, o paranoico conseguiu definir uma resposta para o desejo materno, mas é uma resposta fixa, que se cristaliza em um delírio. Lacan (1955-56/1988) argumenta que todo delírio é um delírio de relação, que vai fornecer uma resposta sobre o enigma do desejo da mãe, uma vez que o nome-do-pai não se instaurou para o paranoico. Neste mesmo raciocínio, Leader (2011) questiona a teoria de Freud sobre delírios de grandeza na paranoia, e argumenta que, na verdade, são delírios que dão ao sujeito paranoico algum lugar para ocupar em relação ao Outro. Quando o paranoico consegue definir quem é o causador de seus problemas, ou o causador dos problemas do mundo, então podemos concluir que a libido que retorna para o paranoico retorna no Outro.

Dessa forma, conseguimos estabelecer duas diferenças entre esquizofrenia e paranoia: 1. Se refere a ligação entre significante e significado, e 2. Ao retorno e localização da libido. Tomando Schreber como exemplo, mais uma, vez, percebemos que seus sintomas passaram de um quadro mais esquizofrênico, por conta do retorno da libido no corpo, para uma outra condição que se assemelharia mais a paranoia – por conta dos delírios de perseguição -, com uma libido localizada no Outro. Mas como ocorreu esta transição?

5.5 METÁFORA DELIRANTE

Após um período confuso, quando as coisas pareciam estar perdendo o sentido, sensações de que estaria doente (hipocondríacas), um sonho de cunho homossexual que ia contra sua moral, Schreber desencadeou um surto psicótico grave, que começou com sintomas no corpo, para depois se transformar em um delírio bastante estabelecido. Mas no que consistiu este delírio? E como ele atuou como uma forma de estabilização?

Na visão de Freud, todo o delírio de Schreber teve como função uma formação de compromisso com uma ideia que não poderia ser aceita pelo ego, o desejo homossexual

de sentir-se uma mulher durante o coito. Nesta perspectiva, a origem dos sintomas psicóticos neste paciente é de ordem sexual, libidinal:

Nenhuma outra parte do delírio é tratada pelo paciente de modo tão minucioso — tão insistente, poderíamos dizer — como a sua alegada transformação em mulher. Os nervos por ele absorvidos tomaram, em seu corpo, a característica de nervos de volúpia femininos, dando a esse corpo um cunho feminino e à sua pele, em especial, a maciez própria do sexo feminino (FREUD 1911/1996 p. 87).

Se pressiona levemente com os dedos alguma parte de seu corpo, ele sente tais nervos, sob a pele, como estruturas de fios ou cordões, que se acham sobretudo no peito, onde na mulher estão os seios (IDEM, p. 29).

Freud não explica exatamente porque os sintomas de Schreber se deram no corpo, em um primeiro momento. Aponta como causalidade a este fato, uma fixação libidinal em um período auto erótico, mas carece de explicação acerca dos fenômenos corporais.

Com relação aos sintomas delirantes, Freud argumenta que todo o delírio do paciente girava em torno de sua transformação em mulher para poder gerar uma nova raça, um dever destinado a sua pessoa para reestabelecer a ordem do mundo. Uma vez que este desejo homossexual foi considerado pelo paciente como uma missão divina, constrói-se aí um sentido para este desejo que antes não poderia ser nomeado. Nas palavras de Freud, há uma formação de compromisso, uma maneira que psicótico inventou para poder aceitar esta ideia que foi rejeitada e retornou na realidade. Sendo assim, percebemos que nomear, dar sentido a esse desejo inaceitável que surgiu para o sujeito como um furo na linguagem - um acontecimento que não pôde ser simbolizado à época -, parece ser a solução que Schreber encontrou para apaziguamento dos sintomas.

No início da doença, Schreber se via como “uma prostituta do sexo feminino”, refém das mais variadas manipulações corporais, vítima dos castigos de Flechsig que o perseguia, além de torturado pelas vontades de um Deus que pouco conhecia dos seres humanos. Com o passar do tempo, esta posição de objeto a mercê da vontade do Outro foi se modificando. Segundo Leader (2011)

A ideia perturbadora que sua feminilização implicava tinha se tornado uma ideia à qual ele se submetia e que seria para o “bem da humanidade”: ele “se reconciliou” com a hipótese de ser transformado em mulher. . . como alguém que geraria a nova raça. As sensações de gozo feminino que experimentava no corpo já não deviam ser rejeitadas e sim vistas como algo que ele tinha o “direito” e o “dever” de cultivar (LEADER, 2011, p. 81).

Diante disto, podemos perceber que o delírio teve pelo menos duas funções essenciais. Primeiro deu um significado, um nome, mais que isso, forneceu toda uma articulação simbólica que deram conta de significar, mesmo que temporariamente, esse

desejo homossexual que o invadiu. De alguma forma, toda essa elaboração reorganizou a cadeia significante que havia sido rompida quando a invocação do nome-do-pai não encontrou um correspondente na estrutura de Schreber. Em segundo lugar, esta construção delirante de Schreber pôde fornecer uma coordenada simbólica para estas sensações corporais das quais ele estava sendo vítima, que o estavam invadindo. Ele conseguiu justificar essas sensações, e até passou a aceita-las como um dever a ser cumprido. Com isto, foi capaz de atribuir essas sensações difusas para um local mais estruturado e localizado. Pensando um pouco mais adiante, ainda, essa justificativa que ele encontrou para aceitar essas sensações corporais, além de nomear, de dar um lugar simbólico, também tira o sujeito do lugar de objeto à mercê de um outro, e o coloca na posição de agente, de gerador de uma nova raça.

Com isto, podemos perceber o delírio de Schreber resolveu as três tarefas edípicas que não haviam sido efetuadas em si por conta da forclusão do nome-do-pai – da negação da castração, ou da não inscrição da metáfora paterna. O delírio conseguiu reatar significante e significado, deu uma localização para libido em um lugar fora do corpo espedaçado, e imprimiu uma distância segura de um Outro invasivo, quando coloca Schreber como agente de um papel a ser cumprido, e não vítima da vontade divina.

Toda esta criação de Schreber já foi notada por Freud. Em “*A perda da realidade na neurose e na psicose*” (1924/1996), por exemplo, ele argumenta que o delírio vai surgir como uma defesa contra uma frustração, e consiste num processo criativo do ego para lidar com isto que foi rejeitado e que abriu um furo, uma fenda na realidade do sujeito:

O ego cria, autocraticamente, um novo mundo externo e interno, e não pode haver dúvida quanto a dois fatos: que esse novo mundo é construído de acordo com os impulsos desejoso do id e que o motivo desta dissociação do mundo externo é alguma frustração muito séria de um desejo, por parte da realidade – frustração que parece intolerável (FREUD, 1924/1996, p. 191).

Assim como Freud, Lacan também vê o delírio do psicótico como uma tentativa de reconciliação, e não a causa da doença. O delírio é um processo secundário a essa dissolução do imaginário, e tem um papel de criação para dar lugar àquilo que, não estando inscrito, retorna a partir do real.

Nesse momento, a criação se faz necessária para reconstruir o que se dissolveu no imaginário do sujeito, pois é a partir dela que significante e significado irão se enlaçar novamente por meio de uma suplência simbólica. (TOMÉ & FONTENELE, 2015, p. 85)

Lacan, em *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1955-56/1998), utilizou a expressão “solução elegante” (p. 578) para se referir ao delírio. Neste texto, ele nomeia essa criação do caso Schreber como uma **metáfora delirante**, que criou todo um mundo delirante nos seus mínimos detalhes, que serviu justamente para substituir o lugar da Lei, da metáfora paterna, que estava ausente em Schreber por conta de uma *verwerfung* primitiva, uma recusa à castração.

Sabemos que uma solução diz respeito à resposta ou encaminhamento de um problema que, no caso da estrutura da psicose, está situado na resistência à articulação significante, o que faz com que surja o significante isolado, no real, de forma invasiva, nas experiências alucinatórias. Tal como temos apresentado, o delírio oferece um campo delimitado por uma significação que acolhe e oferece um contorno para esse significante, estabelecendo uma relação entre o eu e o outro. (HANNA, 2018, p. 91)

Nas palavras de Caligaris (2013), o delírio atua como uma metáfora pseudopaterna. É por meio do delírio, então, que o sujeito pode instituir em sua linguagem uma maneira de se defender das invasões do real que não tem nome e são insuportáveis para ele. Então, a metáfora delirante é uma maneira de cifrar o real que retorna, diminuindo assim sua incidência sobre o corpo do psicótico.

Retornando a Freud, além de ele situar o delírio como uma tentativa de cura no caso Schreber, ele voltou a tocar nesse assunto em *A perda da realidade na neurose e na psicose* (1924/1996), quando afirmou que o delírio é uma tentativa de reatar os laços com a realidade. Foi uma observação de extrema importância à época, uma vez que a psiquiatria contemporânea via os delírios e alucinações como a manifestação da doença ela mesma, e por isso precisariam ser combatidos²¹. Apesar de não ter elaborado um manejo clínico, uma técnica própria para atender pacientes psicóticos, em “*Análise terminável e interminável*” (1937) – em um momento de grande genialidade -, Freud já começa a trilhar o caminho para essa clínica da psicose, a qual ele delega seu desenvolvimento à posterioridade:

Assim renunciaríamos ao empenho vão de convencer o doente do desvario de seu delírio, sua contradição com a realidade objetiva, e em troca encontraríamos no reconhecimento desse núcleo de verdade um solo comum sobre o qual pode se desenvolver o trabalho terapêutico (FREUD, 1937/1998, p. 156).

Diante desta perspectiva do delírio como uma construção que possibilita um ciframento do gozo, uma possibilidade de alocação desse real impossível de ser significado, Lacan e a comunidade analítica pós freudiana começaram a pensar nos efeitos

²¹ Visão que permanece na psiquiatria até hoje.

e possibilidades de criação disto que Lacan nomeou metáfora delirante. Se esta metáfora pseudopaternal pode ser uma alternativa para estabilização de sintomas psicóticos mais graves, certamente o papel do analista deveria ir nesta direção. Enquanto com pacientes neuróticos a análise visa trazer à consciência aquilo que estava inconsciente, através da associação livre e das possibilidades de intervenção do sujeito suposto saber – um deciframento da mensagem advinda do inconsciente em forma de sintoma -, com a psicose o analista vai ter um trabalho simetricamente oposto: cifrar isto que retorna no real para o paciente, cifrar no sentido de dar um sentido, um contorno simbólico para este excesso de gozo que invade o sujeito.

6 FUNÇÃO DO ANALISTA

Se a metáfora delirante serve como cifra que o sujeito cria para barrar o excesso de gozo, o analista não deve contrariar essa cifra com a interpretação. (QUINET, 2009) Talvez esta tenha sido a dificuldade de Freud em adaptar seu método para tratar das psicoses. Todo o raciocínio de Freud estava voltado para trazer à consciência aquilo que havia sido recalçado - e por este motivo causava sintomas. Ele demorou a perceber que a questão para o psicótico não era decifrar o inconsciente, mas sim cifrar aquilo que estava retornando no real. Diante deste raciocínio, Lacan começou a pensar em uma direção do tratamento que proporcionava ao sujeito psicótico um espaço de escuta, no qual o analista faria o papel de um secretário, oposto ao sujeito suposto saber da neurose. Tendo um destinatário para seu discurso, o objetivo é que o paciente pudesse inventar aquilo que Lacan chamou de uma metáfora delirante, cuja função seria suprir, servir de suplência, para o furo no simbólico.

A diferença crucial que possibilitou a Lacan não recuar diante das psicoses está elaborada no Seminário, o livro 3 “*As psicoses*” (1955-56/1998), quando o autor formula a questão de um manejo possível para esses pacientes, o qual ele descreveu como ocupando a função de um secretário do alienado. Em outras palavras, o analista deve ser uma testemunha da relação do sujeito com o Outro, deve tomar ao pé da letra o que o paciente conta, dispondo-se a ouvir esses sujeitos e acompanhá-los em suas produções delirantes. Nestes casos, o analista não deve se posicionar pela via da interpretação, como vimos em Freud, mas sim como testemunha, como **secretário do alienado**, garantindo um endereçamento para o discurso do psicótico.

Se o psicótico encontra um lugar de endereçamento para suas produções delirantes na análise, o consultório do analista pode ser um lugar que possibilita a esse sujeito encontrar uma alternativa para a forclusão por intermédio de uma construção inédita, que vem a tomar o lugar do nome-do-pai foracluído e ordenar o gozo do Outro sem barra. O resultado deste trabalho empregado por Lacan, foi pensar em uma alternativa para que o delírio pudesse seguir seu empuxo à criação, possibilitando ao psicótico uma alternativa à não inscrição do nome-do-pai, a invenção de uma metáfora delirante.

Nesse sentido pode-se dizer que há uma inversão na clínica psicótica quando comparada à neurótica. Se a clínica com a neurose consiste na manobra de fazer surgir um saber no lugar da verdade, na clínica da psicose o objetivo é fazer surgir uma verdade ali onde só há saber, cuja articulação tem de ser feita pelo sujeito. Em outras palavras,

enquanto o neurótico parte do simbólico em direção ao real, o psicótico parte do real para encontrar alguma forma de suplência que realize a ancoragem do gozo, suplência esta que pode ser por via da construção de uma metáfora delirante. Segundo Miller (2002), enquanto na clínica da neurose a transferência parte como uma promessa de significação, na clínica com a psicose a transferência vai partir do analista, muitas vezes, e sem promessa de significação.

Além disso, na clínica com a psicose a aposta é que o psicótico possa sair do lugar de objeto do Outro, o que só pode ser realizado com “um efetivo movimento clínico de atenção e suporte a esse advento, de valorização da produção ativa de sentido diante do Outro, aliás, de um des-sentido particular ao próprio sujeito, sem a exigência de significação” (NEVES & DOS SANTOS, 2017, p. 72).

Todavia, parafraseando Freud, nem tudo são flores. Por um lado, nós vimos como a metáfora delirante pode resolver as três tarefas edipianas que não foram realizadas no psicótico por conta da forclusão do nome-do-pai. Por outro lado, existem dois problemas que não foram mencionados nesta equação. Primeiro a questão da transferência com estes pacientes, como Freud já notou muito tempo atrás, que ou não existe, ou é totalmente negativa. Em segundo lugar, nem todos os psicóticos conseguem formalizar uma metáfora delirante. Na verdade, esta é uma possibilidade muito mais viável para o paranoico, enquanto o esquizofrênico vai precisar encontrar uma outra alternativa para barrar o excesso de gozo que não seja pela construção de um delírio articulado, porque na maioria dos casos de esquizofrenia, se demonstra esta impossibilidade.

6.1 TRANSFERÊNCIA NA PSICOSE

Com relação à transferência do psicótico, Leader (2011) argumenta que estes pacientes, por conta da ausência da metáfora paterna, desenvolveram uma capacidade muito aguçada para captar o estado de ânimo das pessoas que os cercam. Na análise, por exemplo, ele comenta que parece haver uma supersintonia do paciente com o analista, quando aquele é capaz de captar insolitamente os estados de espírito e pensamentos do terapeuta. Como argumentara um de seus pacientes psicóticos, a diferença entre ele e outro paciente neurótico, é que o neurótico projeta seus pensamentos no analista, enquanto ele, paciente psicótico, sabe realmente o que o analista está sentindo (LEADER, 2011, p. 77).

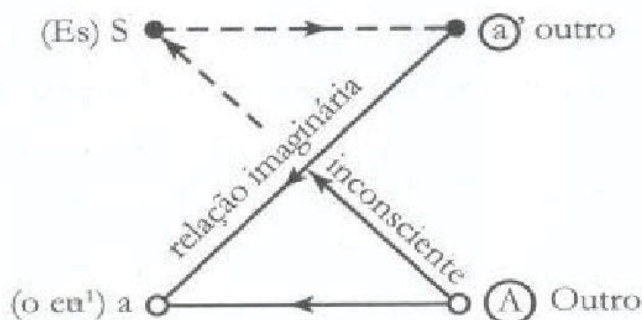
Na terapia, os sujeitos psicóticos são peritos em captar o estado de ânimo do clínico, e isso significa que, muitas vezes, são capazes de enxergar através da concepção e do verniz do que passa pela realidade cotidiana. O problema desta agudeza na percepção, é justamente o fato de que para o psicótico não existe um terceiro para mediar suas relações. Seu relacionamento com um outro é sempre direto, e, se por exemplo o analista se mostra de mau humor, rapidamente o psicótico vai atribuir esse mau humor à presença de sua pessoa. Quando um terceiro entra na jogada, é sempre como uma presença maléfica, não mediadora. Por exemplo, que o psicólogo está bravo com o paciente, porque ouviu algo terrível a seu respeito, mas que ele não sabe precisar exatamente o que é (LEADER, 2011).

Este tipo de interpretação sobre o mundo, na qual o psicótico sente que tudo tem relação com ele, se dá por conta dessa proximidade muito grande com o Outro – resultado da ausência da castração. É como se o Outro estivesse tão próximo, que compartilharia inclusive o corpo ou o pensamento da pessoa, o que pode ser ilustrado como uma espécie de transparência dos pensamentos e do corpo do psicótico.

Isto tem efeitos diretos sobre o processo transferencial com estes pacientes. Como apontou Quinet (2006): a posição de testemunha e a posição de perseguidor, entre ser seu secretário e ser o objeto de sua erotomania, não há efetivamente uma distância muito grande (p. 182). Já vimos que essa proximidade tão grande do Outro é o resultado da não introdução de um terceiro mediador na relação dual da criança com a mãe. Mas que consequências isso traz para a transferência?

Em “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1957-1958/1998) Lacan criou o esquema L para ilustrar como se situa o psicótico frente ao grande Outro. Foi desse raciocínio que surgiu uma frase célebre de Lacan, que para o psicótico, o grande Outro está excluído. Vamos ver do que se trata.

DO PEQUENO AO GRANDE OUTRO



Este grafo tem relação, primeiramente, com aquela assertiva lacaniana de que o inconsciente está estruturado como uma linguagem. Este grande Outro, que tanto estamos trabalhando, é o grande Outro da linguagem, que se refere à nossa imersão na língua, na lei significante, e na possibilidade de colar significante e significado. O grande Outro é o próprio campo da linguagem, um campo simbólico, constituído por uma infinidade de significantes que atravessam a todos com quem nos comunicamos. Dessa forma, o inconsciente é transindividual, é um lugar simbólico, constituído por uma cadeia de significantes que se articulam entre si, e que é construído, inicialmente, pelo contato com os pais, com os cuidadores, depois com os amigos, com os conceitos de ética e moral, de lei, ensinamentos, etc. Além disso, toda essa organização significante é dependente da castração, da *bejahung* do nome-do-pai, que vai fornecer as coordenadas simbólicas para estruturação dessa cadeia de significantes que dá sentido para o mundo do sujeito e que constitui a subjetividade de cada um.

Uma vez que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, e o psicanalista trabalha através da fala, Lacan se lançou na tarefa de demonstrar de que maneira esse trabalho com a fala pode modificar a estrutura inconsciente. Para atender esta demanda, criou o esquema L.

Neste esquema, seguindo as flechas, quando visto sob o aspecto da comunicação para constituição do sujeito, vemos que uma suposta mensagem sai do sujeito (Es) S, em direção a um outro imaginário, a'. Esse sujeito (Es) a que Lacan está se referindo neste momento, é o sujeito do inconsciente, que fala sem saber muito bem o que está falando para um outro imaginário que ele mais ou menos reconhece. Sendo assim, esta mensagem sai do sujeito em direção a um pequeno outro imaginário, e a partir da resposta desse a' é possível calcular uma posição subjetiva, uma forma para este eu imaginário, o (eu'), a, ou moi.

Seguindo as palavras de Lacan, para o neurótico o Outro é “aquilo diante do que vocês se fazem reconhecer. Mas vocês só podem se fazer reconhecer por ele por que ele é em primeiro lugar reconhecido” (LACAN, 1955-56/1988, p. 65). Lacan argumenta que essa é a reciprocidade, dimensão suplementar necessária para que, por exemplo, o neurótico possa se situar num laço social, como numa espécie de regra do significante que é seguida por estes que se inserem nela. Ele exemplifica: “Dizendo a alguém Você é minha mulher, você lhe diz implicitamente Eu sou seu homem, mas você lhe diz em primeiro lugar você é minha mulher, isto é, você a instituiu na posição de ser reconhecida por você, mediante o que ela poderá reconhecer você” (LACAN, 1955-56/1988, p. 65).

Com isto, podemos dizer que o eu imaginário se constitui a partir do reconhecimento de um outro (a') imaginário. Na medida em que eu localizo um outro imaginário, é possível me reconhecer - meu corpo, minha localização subjetiva, e até a localização libidinal – diante do outro. É como se este outro fosse um espelho simétrico de mim mesmo, a partir do qual eu reconheço minhas próprias coordenadas. O que supõe uma compreensão entre meu eu imaginário, e um outro imaginário. Lacan vai questionar essa compreensão imaginária com a introdução do grande Outro, A, no esquema L.

Podemos depreender, até agora, que a constituição do eu imaginário se dá numa relação imaginária com um outro imaginário. Freud também expos uma teoria bastante semelhante com esta, em *Luto e Melancolia* (1915/1996), de que o ego seria como uma colcha de retalhos, uma série de identificações imaginárias que o sujeito vai fazendo ao longo da vida. O problema é que, quanto mais preso neste eixo imaginário, menor vai ser a localização como sujeito (Es). Dessa forma, lendo o grafo pela perspectiva do trabalho que o psicanalista pode realizar em análise, a última parte do grafo vai ser a introdução do grande Outro, A, que se refere a posição que o analista toma como terceiro nesta relação dual, que vai questionar as identificações feitas até então.

Na constituição imaginária do eu (moi) a mensagem sai do emissor, chega ao destinatário - um outro imaginário -, e isto localiza o sujeito. Todavia, na análise esta mensagem continua seu curso até o grande Outro, (A). Quando a mensagem chega até o grande Outro vai existir uma inversão, este outro, o analista, inverte a mensagem, e deste lugar invertido, esta mensagem é reenviada para a posição do sujeito Es (S), o que vai fazer estremecer esta relação imaginária que vinha sendo constituída até então, dando um lugar para que o sujeito possa se constituir de uma outra maneira, possibilitando um reposicionamento subjetivo, uma reestruturação da posição subjetiva. Esta inversão da mensagem pelo grande Outro traduz a operação clínica chamada interpretação, ou pontuação.

Nas palavras de Lacan:

O estado do sujeito S (neurose ou psicose) depende do que se desenrola no Outro, A. O que nele se desenrola articula-se como um discurso (o inconsciente é o discurso do Outro), do qual Freud procurou inicialmente definir a sintaxe relativa aos fragmentos que nos chegam em momentos privilegiados, sonhos, lapsos, chistes.

Nesse discurso, como estaria o sujeito implicado, se dele não fosse parte integrante? Ele o é, com efeito, enquanto repuxado para os quatro cantos do esquema, ou seja, S, sua inefável e estúpida existência, *a*, seus objetos, *a'*, seu eu, isto é, o que se reflete de sua forma em seus objetos, e A, lugar de onde pode ser formulada a questão de sua existência (LACAN, 1957-1958/1998, p. 555).

Esse esquema ilustra aquilo que foi dito sobre os neuróticos, que o sujeito recebe do Outro sua mensagem de forma invertida, enquanto o eu (moi) se constitui na relação entre $a' - a$, que se refere ao estágio do espelho, ou seja, que o eu se conforma a partir do outro imaginário. “O eu é esse mestre que o sujeito encontra num outro, e que se instaura em sua função de domínio no cerne de si mesmo” (LACAN, 1955-56/1988, p. 111)

Retomando à fórmula da transferência, é este grande Outro que assume a função do sujeito suposto saber, e que se recusa a assumir esta posição imaginária que lhe é conferida pelo neurótico, atuando, então, como causa de desejo, objeto a . É nessa relação de inversão da mensagem, nessa quebra do eixo imaginário com o outro, que vai possibilitar ao neurótico entrar em contato com seu eu, com seu desejo, desalienando o sujeito dessa condição imaginária.

Dessa forma, observando as setas, pode-se observar três tipos de relações:

- “1. Aquela em que o sujeito se dirige ao outro (alter ego) e só recebe dele a imagem de si mesmo ($S - a' - a$);
2. A seta que relaciona o Outro com o a (eu), que indica que o Outro simbólico está além do outro e que reconhece a imagem que é o eu;
3. A linha que parte do Outro para o sujeito, que afirma a fundação do sujeito pelo simbólico” (HANNA, 2018, p. 57)

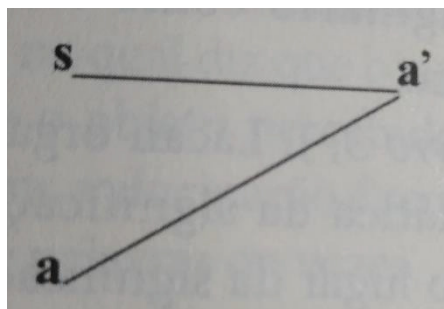
Além desta função do esquema L para explicar como se dá o trabalho do analista com neuróticos, esse mesmo esquema também pode ser utilizado para explicar o processo de castração, e conseqüentemente, a estrutura do sujeito, além das estruturas clínicas diferenciando neurose e psicose.

Com relação a castração, podemos pensar o eixo imaginário que liga $a - a'$ como o cuidado materno que vai criar o narcisismo e o estágio do espelho. Ou seja, o eixo imaginário pode ser representado pela relação da criança com a mãe. A entrada do grande Outro, do A no gráfico, pode simbolizar, então, a entrada de um terceiro que vai interditar esta relação dual, em outras palavras, a castração. Podemos falar da castração como um corte na ferida narcísica, uma quebra desse espelho imaginário que estava alienando mãe e filho. É a partir deste processo que vai ser originado o inconsciente, no caso do gráfico, o Es (S), que podemos pensar como o sujeito barrado, $\$$. Mas barrado por que? Justamente por conta da introdução do nome-do-pai, que produziu um efeito de introdução na linguagem, que ordenou a cadeia significativa. É barrado porque foi castrado.

De acordo com essa perspectiva, o caminho do grafo é diferente. Primeiro há relação entre $a - a'$ (mãe – bebê), relação que vai ser interdita pelo grande Outro

castrador, A, que vai dar origem ao sujeito do inconsciente, $\$$. Como último passo do grafo, esse sujeito barrado vai dar origem ao objeto a, que é uma significação dupla que toma o a' no esquema, que pode ser entendido tanto como pequeno outro, quanto como objeto a, objeto causa de desejo, objeto perdido. Também é daí que vem a expressão desejo do outro. É nesta seta tracejada, que vai do Es (S) ao a' (objeto a), que também se cria o matema da fantasia.

Agora podemos pensar este grafo para a psicose. Como vimos, na psicose não acontece a ação de um terceiro que vai interditar a relação dual da criança com a mãe, ou seja, para o psicótico não existe o A, não existe o grande Outro. Agora fica mais fácil de compreender esta frase. Não existe o grande Outro na medida em que não existe um terceiro que vai fazer o papel da metáfora paterna, que vai possibilitar a construção do eixo simbólico dentro deste grafo que trata da estruturação do sujeito. Sendo assim, este grafo para o psicótico vai se dar da seguinte forma:



FONTE: (HANNA, 2018, p. 79)

Nas palavras de Lacan, só há duas maneiras de se fazer reconhecer como sujeito, por alusão ou referência:

Ou dirigindo-se verdadeiramente ao Outro, A maiúsculo, e dele recebendo a mensagem que concerne a você sob uma forma invertida, ou indicando sua direção, sua existência, sob a forma de alusão. Se essa mulher é propriamente uma paranoica, é que o ciclo, para ela, comporta uma exclusão do Outro com A maiúsculo. O circuito se fecha nos dois outros com minúscula que são o fantoche na frente dela, que fala, e no qual ressoa a mensagem que é a dela, e ela própria que, enquanto eu, é sempre um outro e fala por alusão. (Idem, p. 66)

Lacan explica que, para o psicótico, o Outro não é aquele de quem o sujeito recebe sua mensagem invertida, mas ao invés disso, sente-se habitado e tomado como objeto pelo Outro da linguagem, o que resulta em um discurso particular que “se traduz pela presença de significações fixas, de fenômenos alucinatórios e delirantes (...) o retorno do significante foracluído do simbólico se dá em outro registro, que é denominado real” (p. 66). Na ausência de um Outro (A), não há a inscrição de um sujeito do inconsciente ($\$$),

e isso pode ser interpretado de duas formas: primeiro que o inconsciente do psicótico é a céu aberto, segundo que não existe sujeito na psicose.

O inconsciente a céu aberto é uma expressão que também se destacou na obra de Lacan, e retoma aquilo que Freud já havia observado em Schreber (1911/1996), de que os psicóticos têm a peculiaridade de revelar rapidamente aquilo que neuróticos levariam meses para revelar em análise. Lendo este grafo com (A) ausente, percebemos que, de fato, a introdução do eixo simbólico é responsável pela formação do sujeito do inconsciente, e se o A está excluído por conta da negação da castração, então realmente esse sujeito do inconsciente não é formado. Isto não quer dizer outra coisa senão que o desejo do psicótico não está enlaçado por um enigma, mas sim que retorna em um outro lugar, que não é simbólico, mas no real. Isto explica porque a clínica com a psicose não é uma clínica de deciframento, como na neurose, mas sim de nomeação - seu oposto.

Por esse mesmo motivo também se explica a expressão inconsciente a céu aberto. Se o sujeito não é barrado pela linguagem, novamente, aquilo que foi rejeitado, que não pode ser aceito pelo sujeito, retorna em um registro que não é o simbólico. Não vai retornar como um sintoma neurótico, mascarado pelas palavras, mas vai retornar no real, em sintomas corporais, ou na criação delirante de um Outro perseguidor.

Por fim, pensando no esquema L como a função do analista, sem o grande Outro (A) o sujeito não vai poder receber sua mensagem invertida, e não vai questionar sua posição de alienação imaginária. Pelo contrário, as interpretações do analista vão sentidas como originadas de um pequeno outro, que o psicótico toma por alusão, como um duplo especular que nunca foi cingido pela castração. Essas interpretações, que normalmente vão se direcionar para algum fenômeno elementar, não vão causar seu desmantelamento, mas, pelo contrário, podem situar o analista na posição de um Outro invasor.

Pensando no estádio do espelho, ele serve como uma construção do eu à partir da imagem do semelhante, “o que dá ao eu seu caráter paranoico, na medida em que ele nunca está só, quer dizer, sempre está acompanhado de seu duplo” (HANNA, 2018, p. 76). Esta dimensão imaginária se torna mais facilmente observável na estrutura da psicose. Como bem apontou Miller (1988), o simbólico entra em cena justamente para apaziguar, pacificar a instância do imaginário, trazendo identificações que não se resumam ao conflito e aniquilação. No caso do psicótico, a lei do simbólico se encontra rejeitada, e esse apaziguamento precisa se dar por algum outro tipo de suplência. Se isto não ocorre, o Outro não vai funcionar como “a instância onde se dá a confissão da fala,

lugar da verdade, nem como o lugar do pacto e da pacificação, ficando reduzido a um outro imaginário, que toma o sujeito como seu objeto de gozo.” (HANNA, 2018, p. 76).

Essa relação, com a ausência do Outro, pode se traduzir no paranoico como uma alienação mortífera, que se exprime na forma “Eu ou o outro”, implicando numa relação de exclusão. Isso significa que a relação imaginária está regida por uma instabilidade fundamental, e que é necessária uma intervenção de uma outra ordem no intuito de impedir um rompimento dessa tensão introduzida pela relação de exclusão. (Idem, p. 56)

Uma vez alienado no outro, há um momento em que o paranoico pode ser anulado simplesmente porque o outro não está de acordo, o que resulta na impossibilidade de convivência, já que o outro, do qual o paranoico se constitui, está em desacordo com sua constituição. Nesse caso é impossível conviver com este outro, o que pode resultar na aniquilação de um, ou de outro (LACAN, 1956/1988, p. 52).

Tentando ilustrar com um exemplo, imagine um paciente paranoico contando sobre um complô que foi formado entre seus vizinhos, que tem como objeto vigiar todas as suas atitudes no intuito de encontrar uma justificativa para mata-lo. Independente dos fragmentos de realidade que dão base para essa criação delirante, o sujeito sente este fenômeno elementar como algo real, absolutamente verídico, e não tem nenhuma dúvida sobre isto que ele sente. Se a interpretação do analista vai no sentido de desmentir isto que o psicótico tem certeza, essa interpretação não vai ser sentida como o recebimento de uma mensagem invertida, como um questionamento sobre a posição subjetiva do sujeito, mas sim como um conflito com seu duplo imaginário, levando o psicótico àquela situação de aniquilamento trazida por Lacan: aniquilação de um, ou de outro.

Talvez tenha sido em um cenário parecido com este que Freud teve problema para tratar pacientes paranoicos. A transferência negativa, que ele dizia assumir toda a transferência com paranoicos, provavelmente se originava de interpretações que visavam desmentir essa construção delirante. Além do problema do duplo especular, vimos que a construção delirante tem toda uma função de pacificação, de tentar religar significante e significado, além de localizar a libido em um ponto fora do corpo. Interpretar no sentido de desfazer essa construção é exatamente o oposto da função do secretário proposto por Lacan. Se o analista se coloca no lugar de saber, do Outro gozador, isto só ameaça ainda mais o psicótico, invadindo-o com um gozo devastador. De acordo com Hanna:

O ponto crucial que pode precipitar a transferência a uma passagem ao ato ou a um desencadeamento é quando o analista é fixado no primeiro lugar – do Outro do saber completo, lugar do gozador. Neste ponto, faz-se imprescindível a manobra do analista, que consiste em uma franca oposição a ocupar esse lugar

e, ao mesmo tempo, em promover um esvaziamento do saber de seu lado, o que acarretará uma barragem no gozo do Outro. Este ato do analista se serve dos outros lugares possíveis (ideal/semelhante) para provocar esse deslocamento. (HANNA, 2018, p. 204)

Segundo Quinet, o manejo transferencial com a psicose trata-se de (2006):

Saber escutar aquilo que os psicóticos manifestam de sua relação com o significante. Trata-se de secretariar, constituindo-se o analista como testemunha da relação do sujeito com o Outro. Entretanto, entre a posição de testemunha e a posição de perseguidor, entre ser seu secretário e ser o objeto de sua erotomania, não há efetivamente uma distância muito grande. Podemos dizer que há uma tensão entre essas duas posições. Pois, ocupar o lugar do Outro absoluto para o psicótico é uma consequência lógica da análise, e assim que se manifesta a sua transferência. Daí a dificuldade do analista em não aceitar essa posição e ao mesmo tempo manter o laço analítico. Se há “vantagens” em que o psicótico situe, ou tenda a situar, seu analista como seu Outro, ela consiste no fato de que o Outro aí está sendo presentificado pelo analista e possibilitando a este esvaziar o gozo do Outro que o paciente lhe atribui. A “vantagem” é a própria transferência. Trata-se para o analista de orientar a direção da cura do psicótico no sentido de passar do Outro não barrado ao Outro barrado: $A \rightarrow \text{A}$. Isto significa promover o esvaziamento do Outro, provocar a falta no Outro, criando condições para fazer advir o significante e barrar o gozo proibido aquele que fala. Se a única maneira de cingir o real e por intermédio do simbólico, é pela fala que algo de esvaziamento do gozo pode vir a se produzir (QUINET, 2006, p. 182).

De acordo com Chaves (2012), para os psicóticos não há um enigma, não há uma questão sobre o lugar de gozo cujo saber o sujeito supõe no Outro (como nos neuróticos). A divisão do sujeito não se apresenta. O psicótico sabe, e não há o que ser desvelado em seu inconsciente, não há um ciframento do gozo que pode ser desvelado, o que Lacan chamou de inconsciente a céu aberto. Ao invés disso, o objetivo da clínica com psicóticos é possibilitar a construção de um ciframento para este gozo que o invade. “O psicótico, principalmente o paranoico, tem certeza que o Outro sabe sobre ele e é ao redor disso que gira todo seu processo de sofrimento” (CHAVES, 2012, p. 63)

Desta forma, uma manobra transferencial possível do analista na clínica com a psicose é se afastar da posição do Outro sem barra - que implica o psicótico na posição de objeto. Essa argumentação é amplamente repetida na literatura analítica se tratando do manejo da psicose. Mas o que significa isto, se afastar do Outro sem barra? Estamos vendo, através do esquema L, que na psicose não existe um Outro (A), então, como se afastar dele? Lacan já veio dizendo que, para o psicótico, o grande Outro (A) não existe, então que isto quer dizer?

É com Miller em seu texto *Clínica Irônica* (1996) que podemos estabelecer um sentido para esta afirmação. De fato, o grande Outro da linguagem, sua inserção no eixo simbólico, a castração que separa mãe e bebê e insere o sujeito numa ordem significante,

sim isto está ausente para o psicótico, e neste sentido, certamente o grande Outro (A) não existe. Todavia, vemos que na paranoia aquilo que é rejeitado retorna no real, e a localização desta libido vai recair sobre um Outro perseguidor, o que é diferente do Outro (A) que trata da inserção na linguagem. Dessa forma, podemos compreender que sim, na paranoia o Outro perseguidor existe, e é real, real na medida que se trata do retorno disto que foi foracluído, retorno este que se dá no real, em um grande Outro perseguidor, que para o paranoico, é sentido como a realidade mais absoluta.

Sendo assim, esta atitude transferencial de se distanciar do Outro perseguidor com pacientes paranoicos, exige disponibilidade e capacidade de aturar a transferência delirante, e só pode se sustentar através do desejo do analista. Todavia, este desejo do analista não é o mesmo daquele que tratamos para a transferência com neuróticos. Como estamos vendo através do esquema L, não existe grande Outro da linguagem para a psicose, de modo que o sujeito suposto saber, efeito da estrutura de linguagem do neurótico, também não vai se concretizar na transferência com o psicótico. Se o desejo do analista tinha algo a ver com se posicionar como objeto causa de desejo, isto também não vai se dar na psicose, pois sem a castração, também não houve a emergência de um desejo inconsciente, a busca por um objeto perdido. Sendo assim, esse desejo do analista na psicose é muito mais uma questão ética, de conhecer a constituição da estrutura psicótica, se atentar ao diagnóstico, e principalmente se postar como um secretário para a construção delirante do paciente. É não recuar diante das psicoses.

Ao longo deste estudo sobre a concepção lacaniana acerca das psicoses, em conjunto com vários de seus comentadores, pudemos observar como se deu o primeiro ensino lacaniano sobre as psicoses, que se apoia na inscrição do significante Nome-do-Pai, cuja presença resulta em um sujeito neurótico e, foracluído, um sujeito psicótico. A inscrição ou não desse significante traz consequências diretas no discurso dos sujeitos psicóticos, uma vez que é o Nome-do-Pai que possibilita a metáfora paterna sobre o Desejo da Mãe, dando um significado sobre o enigma do desejo do Outro, o que tem relação direta com a impossibilidade de colar significante e significado. Além disso, quando esta lei simbólica não é inscrita, o ser falante continua a mercê do capricho materno, em outras palavras, permanece numa posição objetual, o que gera uma grande discussão acerca da constituição de um sujeito nos casos de psicose. Por fim, vimos que a metáfora delirante pode ser uma alternativa para a ausência da metáfora paterna, e que a postura de um secretário do alienado pode favorecer essa invenção psicótica em análise.

Infelizmente, nem todos os psicóticos são capazes de inventar um delírio para cifrar a invasão do gozo, principalmente se tratando de esquizofrênicos. Dessa forma, como último capítulo desta dissertação, vamos ver de que outros artifícios os psicóticos podem se utilizar para combater esta invasão do real, que não a estruturação de uma metáfora delirante.

6.2 OUTRAS FORMAS DE ESTABILIZAÇÃO

Se tratando da metáfora delirante, podemos dizer que a inserção deste artifício criado pela linguagem possibilitou a estabilização dos fenômenos elementares que estavam invadindo Schreber. No que se refere ao simbólico, colou significante e significado, ao imaginário, deu um lugar seguro para o retorno da libido, e com relação à distância do Outro, inventou um lugar que retirava Schreber da posição de objeto, para colocá-lo na posição de um agente de transformação do mundo.

Segundo Miller, a palavra emerge com uma função pacificadora para o imaginário, na medida em que produz identificações salvadoras que permitem superar a rivalidade imaginária - o que dá uma alternativa pacífica para relação direta de *a – a'*, como vimos no esquema L. Já na dimensão da linguagem, a palavra vem para simbolizar aquilo que antes se traduzia como sintoma, como um centro de opacidade no sujeito que não havia sido simbolizado. “Pode-se dizer que a cura analítica aparece principalmente, nessa direção, como uma cura de simbolização” (MILLER, 1988, p. 23)

Nesse sentido, a estrutura psíquica

É uma estrutura que captura um ser vivo particular, o ser vivo que fala (...) o que tem inclusive consequências no seu corpo; é que a estrutura escraviza o sujeito, fragmenta-o em efeitos de significante. (...) Não se deve ver a linguagem simplesmente como um meio de expressão. Em primeiro lugar, é algo material, que exige instrumentos (...) e que mobiliza os afetos mais profundos do corpo. O significante, a estrutura significante, tem um efeito de desvitalização sobre o corpo, mortifica-o (MILLER, 1988, p. 30-31).

Por estar ausente da lógica fálica, o psicótico encontra alguns problemas quando o nome-do-pai foracluído é invocado por alguma posição subjetiva que ele necessita assumir. Nesse momento as palavras faltam, e o sujeito se vê numa posição de perplexidade com o mundo externo. Essa perplexidade, como vimos, pode ser localizada no corpo, ou em um Outro exterior que assume a forma de um perseguidor, ou seja, esquizofrenia ou paranoia. E os motivos dessa diferença se dá em Freud por conta de

diferentes pontos de fixação libidinal, e para psicanalistas lacanianos – além da negação da castração – pela entrada ou não no estágio do espelho.

Jorge (2010) elaborou uma tabela muito didática para explicar a diferença entre neurose, paranoia e esquizofrenia:

Estádio do espelho		Castração simbólica	
Real	Imaginário	Simbólico	RSI
autoerotismo	narcisismo	relação de objeto	Investimento
autoerótica	narcísica	objetal	Libido
corpo espedaçado (furos)	corpo próprio (um)	corpo erógeno (um com furos)	Corpo
não-sentido	sentido	duplo sentido	Linguagem
delírio não sistematizado	delírio sistematizado	fantasia	“Realidade”
melancolia	psicose paranoia esquizofrenia	perversão/neurose	Estrutura

FONTE: (JORGE 2010, p. 146)²²

Esta tabela resume tudo que tratamos até aqui, incluindo a teoria freudiana sobre os pontos de fixação. O que pretendemos depreender dela para tratar de outras possibilidades de estabilização diz respeito à *possibilidade de delírio* sistematizado e à *unificação corporal imaginária*. Enquanto na paranoia a questão da estabilização vai se dar por intermédio da palavra, da atribuição de um sentido, a estabilização da esquizofrenia se refere mais à unificação corporal, de conseguir enquadrar este retorno da libido que invade o corpo do esquizofrênico. O autor é muito cauteloso ao tentar separar esquizofrenia de paranoia - uma questão que já levantamos nesta dissertação algumas vezes -, argumentando que na maioria dos casos de psicose os sintomas se apresentam de

²² Nesta tabela o autor também aborda a melancolia e a perversão como outras estruturas clínicas. Todavia, nosso trabalho tem o foco em diferenciar somente paranoia e esquizofrenia, e não trabalhamos os outros pontos propositadamente.

forma misturada. Cientes disso, estamos tentando tratar dessa divisão de uma forma puramente didática.

Começando pela paranoia, e a tabela mesmo já aponta para isto, uma das saídas possíveis é a construção de uma metáfora delirante, como já discutimos no capítulo anterior. Todavia, nem todos os paranoicos conseguem criar esta metáfora delirante, e precisam se haver com o real de uma outra forma. Se na paranoia há uma rejeição do significante primordial do nome-do-pai que organiza a cadeia significante, o paranoico é levado a criar um outro significante para dar uma localização subjetiva àquilo que é excluído do simbólico e retorna no real.

Diferente da metáfora delirante, que é um delírio estruturado que articula vários pontos de furo na vida do sujeito, o paranoico pode ser levado a criar uma outra solução para sua estabilização, mas ainda é uma solução que corre pelo eixo significante. Essa solução pode tomar formas variadas, mas na opinião de Darian Leader (2011), toda solução psicótica de estabilização gira em torno da lógica da exceção. Para explicar isto, vamos tomar novamente Schreber como exemplo. O ponto principal do delírio de Schreber, segundo o autor, é o lugar especial que ele assumiu como ser humano escolhido por Deus. Mais do que uma posição megalomaniaca, esta posição de escolhido é uma posição de exceção, e representa a necessidade que o sujeito tem de criar para si um lugar que lhe possibilita habitar, que lhe dê uma existência.

Pensando na negação da castração, na não introdução de um terceiro, uma criança que sempre foi tomada pela mãe como seu falo de completude não teve a oportunidade de advir como sujeito, permanecendo como objeto do outro. Enquanto objeto, a relação com o outro sempre vai ser problemática, permeada por conflitos e perigos de aniquilação. Quando o paranoico não é capaz de criar uma metáfora delirante para ressignificar todo seu mundo, ele ainda é capaz de criar um lugar simbólico no qual ele se identifique como um sujeito de exceção, com um lugar privado, particular e único, que lhe dê um nome, uma característica única, e principalmente possibilidade de habitar. Esta ferramenta de estabilização ainda acontece por intermédio do simbólico, e este nome pode ser qualquer coisa, realmente qualquer nome que funcione como um binário de oposição para outros significantes, e que, assim, talvez forneça uma solução semelhante ao ponto de basta, colando significante e significado, além de organizar a cadeia associativa.

Com relação a esquizofrenia, as tentativas de estabilização não passam tanto pelo eixo do simbólico, mas sim pelo eixo imaginário, no sentido de trazer uma unidade para o corpo, uma forma, um contorno que possa proteger o sujeito da invasão do gozo. Como

vimos anteriormente, o esquizofrênico não passou pelo estágio do espelho, o que resultou na construção de um corpo fragmentado, espedaçado, como propõe Jorge (2010). Isto não exime o esquizofrênico de ser vítima de delírios persecutórios, mas normalmente estes delírios estão atribuídos aos sintomas corporais que sente, e raramente chegam à uma estruturação tal que possibilite atuar como uma metáfora delirante.

Miller em seu texto *Clínica Irônica* (1996), aponta para a dificuldade da clínica com pacientes esquizofrênicos. Ele começa o texto definindo o esquizofrênico como um sujeito que se especifica por não ser apreendido em nenhum discurso, em nenhum laço social. Que este é o único sujeito que não se defende do real por intermédio da linguagem, porque para ele o simbólico é real²³. Esta seria precisamente a ironia do esquizofrênico, não no sentido do humor, mas no sentido de saber que, na verdade, todo discurso é semblante. Isto vai ter consequências na análise, por exemplo, como vai se dar a transferência com estes pacientes se toda relação, todo laço social é uma fraude? Talvez esta seja uma forma de explicar o que Freud evocou como transferência insuficiente.

Levando em conta que a questão do esquizofrênico é da ordem de uma unificação corporal, e que para ele a linguagem é real, de forma que não pode se proteger do real pelo real, então talvez a alternativa para uma estabilização da esquizofrenia passe pelo eixo imaginário. É o que propõe Leader (2011), quando conta inúmeros casos de psicose nos quais o sujeito esquizofrênico passou a se identificar com uma outra pessoa que tomava como exemplo, ou se identificou à uma profissão, à realização de uma função no mundo, e como isto produziu efeitos de estabilização.

Essa identificação com alguma imagem já estabelecida no mundo, permite ao esquizofrênico situar-se, ele também, com relação ao mundo que o rodeia. Normalmente esta atividade de identificação não é somente uma cópia de um outro, mas exige todo um trabalho de elaboração e construção de sentido, que aos poucos, por identificação imaginária com um outro, vão dando contorno ao corpo e, além disso, pode transformar uma situação passiva, de objeto do outro, de vítima da linguagem, em uma posição ativa e estabilizadora. A construção desse lugar imaginário que o sujeito vai ocupar propicia um lugar de respaldo e individualidade, que conferem ao esquizofrênico um lugar de sujeito. Isto propicia enquadramento para a libido em um lugar mais bem definido, em um corpo com mais contorno, que agora tem um local identificado para se habitar.

²³ Esta consideração remete às argumentações de Freud sobre o esquizofrênico em *O Inconsciente* (1915), que investia libido nas palavras como uma forma de retornar libido aos objetos anteriormente abandonados, e dessa maneira as palavras eram tomadas como coisas.

Por fim, uma outra forma de estabilização é o que alguns comentaristas lacanianos chamam de prótese do simbólico. Esta prótese do simbólico tem relação com os processos criativos que muitos psicóticos apresentam, principalmente àqueles referentes à escrita. Lacan observou a importância da prótese simbólica com o escritor Joyce (LACAN, 1975-76/2007), que através de sua escrita conseguiu ligar suas palavras à sua libido, estabilizando seus sintomas. Dessa forma, podemos pensar que um trabalho de nomeação dos fenômenos elementares pode ter algum efeito para seu apaziguamento, pois uma vez que se localiza a libido, seu retorno não vai mais ser no imaginário do corpo do esquizofrênico, mas sim ter a possibilidade de retornar em algum outro lugar mais bem delimitado e seguro²⁴.

Certamente estas não são as únicas formas para estabilização de um quadro psicótico, mas são alguns exemplos do que autores da psicanálise pensaram como solução para reintegrar uma ordem na cadeia significante, ou para unificar um corpo espedaçado. Também pudemos perceber que todas essas formas de estabilização citadas tem uma relação muito próxima com a saída da posição de objeto para ascender à uma posição de exceção, o que ficou muito claro no delírio de Schreber.

Sendo assim, conseguimos responder à questão inicial do trabalho sobre uma possibilidade de manejo clínico para estabilização das psicoses, tentando diferenciar, dentro do possível, esquizofrenia de paranoia. Esse manejo consiste em se colocar na posição de um secretário, como destinatário do discurso do alienado, contribuindo para uma criação que consiga ou restituir a organização simbólica, ou a unificação corporal, sempre visando tirar o sujeito da posição de objeto, para dar-lhe um lugar de exceção, de sujeito.

²⁴ Mais pra frente na teoria Lacaniana, após a introdução da teoria dos nós, o autor vai introduzir mais algumas formas de estabilização psicótica pensando numa forma de amarração para o nó borromeu. O conceito de *sinthoma* ganhou grande repercussão neste sentido (LACAN, 1975-76/2007).

7 CONCLUSÃO

No intuito de responder sobre a possibilidade ou impossibilidade de tratamento da psicose pela psicanálise, percorremos uma longa trilha desde Freud até Lacan e seus comentadores. Este trabalho foi dividido majoritariamente em duas partes: a primeira visou responder por que Freud considerava a psicanálise um método inapropriado para tratar casos da psicose, enquanto a segunda parte buscou localizar quais foram os avanços teóricos e clínicos propostos por Lacan e seus comentadores para atender estes pacientes. O desejo de investigar esse assunto está associado à grande quantidade psicóticos que buscam a clínica analítica, o que exige um preparo específico do analista para tratar desses pacientes, uma vez que, como vimos ao longo do trabalho, o manejo clínico é muito diferente daquele construído para as neuroses.

Durante a análise, o sujeito vai de encontro com o que existe de mais íntimo em sua história, com o objetivo de retornar sua libido recalcada de volta ao seu objeto original, transformando assim um conflito inconsciente em consciente. Isto levanta resistências. Neste decorrer, a transferência é descoberta por Freud como um processo espontâneo e inquietante, que faz com que esse passado revelado em análise se apresente na relação com o analista. Com o manejo adequado, esta repetição se transforma em elaboração.

Ao longo do trabalho, vimos que a transferência de pacientes psicóticos ou é insuficiente para o trabalho analítico, ou é impossível de ser manejada devido aos pontos de fixação em fases auto eróticas e narcísicas desses pacientes. Enquanto na neurose a libido desligada pelos mecanismos defensivos vai ser investida na fantasia, o psicótico tem a característica de investi-la no próprio ego, que foi tomado como objeto.

Esse investimento libidinal no ego pode trazer diversas consequências. No que concerne a transferência, ela se torna insuficiente quando essa retroversão da libido atinge uma dimensão tal que a conexão do paciente com a realidade é tão restrita que não mais é possível direcionar qualquer tipo de afeto para o analista – mais comum em casos de esquizofrenia -, impedindo, assim, a relação transferencial.

Quando a transferência consegue se concretizar em casos de psicose, majoritariamente na paranoia, Freud observou que ela vai ocorrer com a prevalência de sua porção negativa. Quando isto ocorre, quaisquer tentativas de interpretação se tornam inócuas, e o paciente tende a continuar com as mesmas tentativas de cura que o levaram ao processo patológico.

Diante disto, uma vez que o tratamento analítico repousa no manejo transferencial que possibilita a superação das resistências para rememoração e elaboração do conteúdo inconsciente, concluímos que Freud considerou sua técnica analítica inadequada para tratar de pacientes psicóticos, pois a transferência com estes pacientes era imprópria para o trabalho terapêutico, ou porque não se concretizava, ou pela impossibilidade de manejá-la.

Não obstante, apesar de suas contraindicações ao tratamento das psicoses, Freud construiu um alicerce teórico fundamental para a abordagem destas, inclusive delegando à posterioridade a responsabilidade de elaborar uma forma de tratamento. Reforçamos esta ideia comentando sobre a revolução clínica que Freud elevou na época, quando considerou o delírio uma tentativa de cura efetuada pelo paciente, fenômeno que era visto na psiquiatria como o principal fenômeno do sintoma. Além disso, em *Análise terminável interminável*, o autor teve um lampejo que decididamente influenciou psicanalistas que vieram posteriormente:

Assim renunciáramos ao empenho vão de convencer o doente do desvario de seu delírio, sua contradição com a realidade objetiva, e em troca encontraríamos no reconhecimento desse núcleo de verdade um solo comum sobre o qual pode se desenvolver o trabalho terapêutico (FREUD, 1937/1998, p. 156).

Apesar de não ter conseguido concluir um manejo clínico para a psicose, sua teoria possibilitou à posterioridade a criação de alternativas para a clínica com a psicose, e hoje temos diversos trabalhos psicanalíticos que discorrem sobre novas formas de manejar a transferência psicótica, com destaque para Lacan e seus comentadores, como observamos na sequência do trabalho.

Com relação a transferência com neurótico, Lacan trouxe os conceitos de sujeito suposto saber e desejo do analista, que delimitam uma ética a ser seguida pelo psicanalista. Todavia, esses conceitos não se aplicam na transferência com psicóticos, visto que o grande Outro da linguagem está excluído para estes pacientes.

Percebemos que a perspectiva lacaniana e freudiana acerca da constituição psíquica e formação dos sintomas é relativamente diferente. Enquanto Freud atribui a formação de sintomas uma espécie de raciocínio libidinal, Lacan trouxe o conceito de inconsciente estruturado como uma linguagem, e como o significante do pai foracluído pode resultar em um rompimento da cadeia de significantes que constitui o sujeito, descolando significante e significado.

Na medida que o desencadeamento psicótico se refere à este furo na linguagem, isto que foi foracluído e retorna no real, vai causar diferentes sintomas na paranoia e na esquizofrenia. Enquanto a paranoia é acometida por sentimentos delirante de um Outro perseguidor, a esquizofrenia apresenta sintomas mais da ordem da constituição imaginária, que retornam sobre seu corpo espedaçado, que carece de uma unificação. Sendo assim, seguindo a lógica construída por Freud, Lacan percebe que o tratamento das psicoses não é da ordem de um deciframento, como na neurose, mas sim de um ciframento disto que retorna no real. Diante disto, ele conclui que teria de haver uma inversão clínica com pacientes psicóticos: ao invés de interpretar algum conteúdo recalcado, auxiliar na construção de algum elemento simbólico ou imaginário para suprir a ausência da metáfora paterna.

Sendo assim, concluímos que apesar de Freud não ter criado um manejo para a clínica com psicóticos, ele deixou um legado teórico que possibilitou aos analistas que o sucederam pensar em uma forma de auxiliar o psicótico em sua estabilização. Com relação a transferência, percebemos que, de fato, ela ocorre de uma maneira diferente que nos neuróticos, e quando interpelada por uma interpretação, pode colocar o analista em um lugar perigoso. Todavia, tomando a relação de Schreber com Flechsig, não é possível dizer que não existe nenhum laço com o analista, ele existe, e como vimos com Lacan e seus comentadores, é possível fazer uso disto para auxiliar na invenção de algum mecanismo que possibilite a estabilização. Chamar esse laço de transferência ou não, é da ordem de uma questão conceitual.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, KARL. (1908) *Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demência precoz*. In. Psicoanálisis clínico. Buenos Aires: Paidós, 1959.
- ARANTES, E. M. B. (2007). *A transferência e “o fazer” do analista* (Dissertação de mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Disponível em http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=106015
- BARATTO, G. (2010). Genealogia do conceito de transferência na obra de freud. *Estilos Da Clínica*, 15(1), 228–247. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282010000100015&lng=pt&tlng=pt.
- Calligaris, C. (2013). *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. São Paulo, Zagodoni.
- CHAVES, S. L. (2012). *As psicoses ordinárias e suas invenções* (Dissertação de mestrado em Psicanálise) - Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Disponível em http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UERJ_f06c68fd374544a8537150848f443681
- CLÉREMBAUT, G (1995) *Automatismo Mental: Paranoia*. Bueno Aires: Polemos. (Trabalho original publicado em 1942)
- JORGE M. A. C. (2010) *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol. 2: A clínica da fantasia*. Rio de Janeiro, Zahar.
- LEADER, Darian (2011) *O que é loucura? Delírio e sanidade na vida cotidiana*. Rio de Janeiro, Zahar.
- FREUD, S. (1894) As neuropsicoses de defesa. In *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* v. III (pp. 13-37). Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- _____. (1895) Rascunho H. In *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* v. I (pp. 123-127). Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- _____. (1896) Rascunho K. In *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* v.I (pp. 131-149). Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- _____. (1900) A Interpretação dos sonhos. In *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* v. IV. Rio de Janeiro: Imago, 1990
- _____. (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* v. VII (pp. 117- 229). Rio de Janeiro: Imago, 1990.

FREUD, S. (1911) Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia. In *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* v. XII (pp. 5-49). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1912) A dinâmica da transferência. In: *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud*, v. XII (pp. 14-116). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1913) Totem e Tabu e outros trabalhos. In: *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud*, v. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1914) Sobre o Narcisismo: Uma Introdução. In *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud*, v. XIV (pp. 43-63). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1915) O Inconsciente. In *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1915) Observações Sobre o Amor de Transferência. In *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud*, v. XII (pp. 97-106). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1915) Luto e Melancolia. In *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud*, v. XIV (pp. 245-263) Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1916-17) Conferências Introdutórias sobre Psicanálise Parte III. In *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud*, v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1917) Conferência XXVII - Transferência. In *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* v. XVI (pp. 503-521). Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1924) A perda da realidade na neurose e na psicose. In *Edição Standard brasileiras das obras completas de Sigmund Freud*, v. XIX (pp. 205-208). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1925) Um Estudo Autobiográfico. In *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* v. XX (pp. 2-46). Rio de Janeiro: Imago, 1998.

_____. (1937) Análise terminável e interminável. In *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* v. XXIII (pp. 223-270). Rio de Janeiro: Imago, 1998.

_____. (1938) Esboço de psicanálise. In *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud* v. XXIII (pp. 151-222). Rio de Janeiro: Imago, 1998.

FREUD & PFISTER. Cartas, 1909-1939. *Um diálogo entre a psicanálise e a fé cristã*. Viçosa: Ultimato, 1998.

GUERRA, A. *A psicose*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

- GOBBATTO, G. G. (2001). Transferência: amor ao saber. *Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 4(1), 103–114. doi: 10.1590/S1516-14982001000100007
- HANNA, M. (2018). *A transferência no campo da psicose: uma questão*. Rio de Janeiro: Subversos.
- LACAN, J. (1953-54). *Seminário, livro 1: Os Escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro, Zahar, 1979
- _____. (1955-56). *Seminário livro 3, as psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar. 1988
- _____. (1953) Função do campo da fala e da linguagem. *In: escritos*, Rio de Janeiro, Zahar, 1998.
- _____. (1957-1958). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. *In. Escritos*. Rio de Janeiro, Zahar, 1998.
- _____. (1957-58) *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro, Zahar, 1999.
- _____. (1958) A direção do tratamento e os princípios de seu poder. *In: escritos*, Rio de Janeiro, Zahar, 1998.
- _____. (1960-61) *O Seminário, livro 8: A transferência*, Rio de Janeiro, Zahar, 1992.
- _____. (1962-63). *O Seminário, Livro 10: A Angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- _____. (1964) *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Rio de Janeiro, Zahar, 1985.
- _____. (1967) Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. *In: Outros escritos*. Rio de Janeiro, Zahar, 2003.
- _____. (1975-76) *O Seminário, livro 23: O Sinthoma*, Rio de Janeiro: Zahar, 2007
- Mezêncio, M. (2004) Metodologia e pesquisa em psicanálise: uma questão. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 10, 104-113.
- MILLER, J. A. (1996) Des-sentido para as psicoses! *In: Matemas I*. Rio de Janeiro: Zahar.
- _____. (1996) Clínica Irônica. *In: Matemas I*. Rio de Janeiro: Zahar.
- _____. (1988). *Percurso De Lacan: uma introdução (2nd ed.)*. Rio de Janeiro: Zahar.
- _____. (1997). *Lacan elucidado*. Rio de Janeiro: Zahar.
- _____. invenção psicótica (1999). *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*. São Paulo, n. 36, p. 6-16, 2003.

- _____. (2012). *Efeito do retorno à psicose ordinária. A convenção de Antibes*. Belo Horizonte: Scriptum, 2012.
- NEVES, T. I., & Dos Santos, A. S. (2017). A direção da cura na clínica lacaniana das psicoses. *Contextos Clínicos*, 10(2), 257–267. doi: 10.4013/ctc.2017.102.10
- PLATÃO. O Banquete. Lisboa: Difel, 1996.
- QUINET, A. (2006). *Teoria e Clínica da Psicose – 3. ed.* Rio de Janeiro, Forense Universitária.
- QUINET, A. (2009). *Psicose e Laço Social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro, Zahar.
- RINALDI, D (1996). *A Ética da diferença*. Rio de Janeiro, Zahar.
- RODRIGUES, B. SUELI, A. & SANTIAGO, J. (2009). A psicose de Lacan a Freud. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(1), 143-152. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000100014&lng=pt&tlng=pt.
- SAUSSURE. F. (1916) Curso de linguística geral. 26. ed. São Paulo: Cultrix, 2004.
- SOLLER, C. (2007). *O inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro, Zahar.
- TOMÉ, A. T. R., & FONTENELE, L. (2015). De Freud a Lacan: uma leitura da estabilização nas psicoses. *Reverso*. Belo Horizonte, 37(70), 81–88. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952015000200011&lng=pt&tlng=pt.